



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E APLICADAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

**ATENÇÃO PRIMÁRIA EM ARACAJU A PARTIR DA VISÃO DOS USUÁRIOS
DE UMA UNIDADE HOSPITALAR:**
Um estudo no Hospital de Urgência de Sergipe – HUSE.

São Cristóvão/SE

2017.1

MARIANA DA SILVA CRUZ MANOEL

NATÁLIA MARIA SANDRES CARDOSO

**ATENÇÃO PRIMÁRIA EM ARACAJU A PARTIR DA VISÃO DOS USUÁRIOS
DE UMA UNIDADE HOSPITALAR:**

Um estudo no Hospital de Urgência de Sergipe – HUSE.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Sergipe, como requisito parcial obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientação: Profª Draª Noêmia Lima Silva.

São Cristóvão/SE

2017.1

**ATENÇÃO PRIMÁRIA EM ARACAJU A PARTIR DA VISÃO DOS USUÁRIOS
DE UMA UNIDADE HOSPITALAR:
Um estudo no Hospital de Urgência de Sergipe – HUSE.**

Aprovada em: ____/____/____

Banca Examinadora

Orientador (a): ProfªDraªNoêmia Lima Silva

Examinador (a): Profª. Drª. Vânia Carvalho Santos

Examinador (a): Profª. Drª. Maria da Conceição Almeida Vasconcelos

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por ter me dado forças e coragem para chegar até aqui, com isso nunca desistir.

Aos meus pais Mônica e David por todos os ensinamentos, conselhos, carinho, amor, paciência e por toda a dedicação, não só a mim como também a minha irmã.

Às irmãs Gabriela e Jucigleide, por estarem ao meu lado, me auxiliando e compartilhando todos os momentos.

À todos os meus familiares, por todo apoio que deram, de forma especial à saudosa Tia Onília, que desde pequena me aconselhou sobre como agir, me incentivou a estudar. Ainda me recordo como se fosse hoje, de sua alegria ao saber que havia sido aprovada no meu primeiro vestibular. Infelizmente, ela já não estava mais presente entre nós quando ingressei na UFS, mas tenho certeza que ficou muito mais contente me vendo lá do céu.

Aos meus avós por toda atenção e conselhos preciosos, principalmente à avó Dé, que com tanto amor sempre esteve na torcida pela minha felicidade. Por fim, agradeço aos meus sobrinhos, primos e tias de coração.

Aos meus amigos, colegas e todos aqueles que estão ao meu redor me passando palavras de incentivo, aconselhando para o caminho do bem e comemorando bênçãos concedidas por Deus. Em especial aos grupos: “Universitárias”, ao “Club da Luluzinha” “amigas para sempre”, dentre outros.

Aos meus eternos professores do Colégio São Lucas, o meu muito obrigado, de maneira especial aos meus amigos Íris, Mary, Ricardo, Dicson, Thiago (Jaime), Cinthia, Denise, dentre outros que sempre guardarei em meu coração.

Aos mestres da graduação por todos os ensinamentos.

À minha parceira de TCC, Natália, por dividir as tristezas, alegrias, desafios e dificuldades.

Grata sou a Deus por tudo que fazes em minha vida e por todos que estão ao meu redor.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus por permitir que tudo isso acontecesse, ao longo de minha vida, e não somente nestes anos como universitária, mas que em quase todos os momentos é o maior mestre que alguém pode conhecer.

A esta universidade, que me oportunizou a janela que hoje vislumbro um horizonte superior, eivado pela acendrada confiança no mérito e ética aqui presentes.

Agradeço a todos os professores por me proporcionarem o conhecimento não apenas racional, mas a manifestação do caráter e afetividade da educação no processo de formação profissional, por tanto que se dedicaram a mim, não somente por terem me ensinado, mas por terem me feito aprender. A palavra mestre, nunca fará justiça aos professores dedicados aos quais sem nominar terão os meus eternos agradecimentos.

À minha família, por estar ao meu lado durante todo processo de formação.

À minha parceira de pesquisa, Mariana, assim como à sua família que estiveram presentes durante todo o árduo processo de construção deste trabalho.

Aos colegas de curso, por colaborarem ao dividirem seus conhecimentos e construir novos.

Aos amigos, que assim como a família também estiveram ao meu lado, que apoiaram e contribuíram cada um a seu modo.

A todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigado.

“Determinação, coragem e autoconfiança são fatores decisivos para o sucesso. Se estamos possuídos por uma inabalável determinação, conseguiremos superá-los. Independentemente das circunstâncias, devemos ser sempre humildes, recatados e despidos de orgulho”.

(Dalai Lama)

“É muito melhor lançar-se em busca de conquistas grandiosas, mesmo expondo-se ao fracasso, do que alinhar-se com os pobres de espírito, que nem gozam muito nem sofrem muito, porque vivem numa penumbra cinzenta, onde não conhecem nem vitória, nem derrota.”

(Theodore Roosevelt)

LISTA DE GRÁFICOS

| | |
|--|-----------|
| Gráfico 1 – Procedência da demanda..... | 52 |
| Gráfico 2 – Bairros com maior registro de atendimentos..... | 53 |
| Gráfico 3 – Tipo da demanda..... | 54 |
| Gráfico 4 – Motivo dos atendimentos..... | 55 |
| Gráfico 5 – Faixa etária..... | 57 |

LISTA DE SIGLAS

AMS – Assistência Médico-Sanitária
APS – Atenção Primária à Saúde
CAP's – Caixas de Aposentadorias e Pensões
CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CNES – Centro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
ESF – Equipes de Saúde da Família
HUSE – Hospital de Urgência de Sergipe
IAP's – Institutos de Aposentadorias e Pensões
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas
MES – Ministério da Educação e Saúde
OMS – Organização Mundial da Saúde
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
PSF – Programa Saúde da Família
RAS – Redes de Atenção a Saúde
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
SUDS– Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

RESUMO

O trabalho apresenta como objeto de estudo a Atenção primária em Aracaju, analisada a partir da visão dos usuários de uma unidade hospitalar – o Hospital de Urgência de Sergipe (HUSE). Apresenta como objetivo geral, identificar a conformação da rede de atenção primária à saúde em Aracaju. Para isto, foram realizadas pesquisa de campo, a partir da abordagem aos usuários do setor de urgência adulto do HUSE, e pesquisa documental, com base nos registros de atendimentos realizados na unidade. Como objetivos específicos, foram delineados: abordar os usuários que buscam atendimento no HUSE; verificar a relação dos atendimentos no HUSE com a atenção primária em Aracaju e identificar como estão conformados os seus serviços a partir dos relatos dos usuários. A pesquisa tem natureza qualitativa/quantitativa e o método de análise utilizado foi o materialismo dialético. A pesquisa tem também natureza exploratória e descritiva e foi realizada a partir da aplicação de formulários entre os usuários do HUSE no setor do Pronto Socorro adulto. Foram obtidos resultados que demonstraram haver possíveis falhas na rede da Atenção Primária de Aracaju, devido à grande incidência de usuários procedentes de diversos bairros do município apresentando queixas de baixa complexidade.

Palavras chave: Atenção Primária. Saúde. Usuário. Saúde Hospitalar.

ABSTRACT

The study presents as primary study in Aracaju, analyzed from the view of the users of a hospital unit - Sergipe Emergency Hospital (HUSE). It presents as general objective, to identify the conformation of the primary health care network in Aracaju. For this, field research was carried out, based on the approach to users of the adult emergency department of HUSE, and documentary research, based on records of attendance at the unit. As specific objectives, they were outlined: to approach users who seek care at HUSE; to verify the relation of the attendances in the HUSE with the primary attention in Aracaju and to identify how their services are conformed from the reports of the users. The research has qualitative / quantitative nature and the method of analysis used was dialectical materialism. The research is also exploratory and descriptive in nature and was carried out through the application of forms among HUSE users in the adult emergency department. Results showed that there were possible failures in the Aracaju Primary Care network, due to the high incidence of users coming from different districts of the city presenting low complexity complaints

Keywords: Primary Care. Health. User. Hospital Health.

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| INTRODUÇÃO | 13 |
| CAPÍTULO 1 PERCURSO METODOLÓGICO..... | 16 |
| CAPITULO 2 RECONFIGURAÇÃO HISTÓRICA DO DIREITO A SAÚDE NO BRASIL..... | 19 |
| 2.1:Breves pontos sobre a Saúde Pública no Brasil..... | 19 |
| 2.2:A Construção histórica do SUS | 28 |
| CAPITULO 3 ATENÇÃO PRIMARIA EM SAÚDE NO BRASIL E ATENÇÃO HOSPITALAR..... | 34 |
| 3.1: Breve histórico sobre Atenção Primária em Saúde | 34 |
| 3.1.1: Rede de atenção primária em Aracaju..... | 39 |
| 3.1.2 Atenção Hospitalar: conceito, história e características..... | 43 |
| 3.1.3 Atenção hospitalar no Brasil..... | 49 |
| CAPÍTULO 4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS..... | 51 |
| 4.1: Cenário da Pesquisa..... | 51 |
| 4.1.1 Hospital de Urgência de Sergipe - HUSE..... | 51 |
| 4.2 Análise de dados..... | 52 |
| 4.3 Visão dos Usuários do HUSE..... | 57 |
| CONCLUSÃO..... | 62 |
| REFERÊNCIAS..... | 65 |
| ANEXOS | 67 |
| APÊNDICES | 88 |

INTRODUÇÃO

O presente trabalho abordou temática relacionada à conformação da Atenção Primária à Saúde em Aracaju, a partir de estudo entre os usuários de uma unidade hospitalar em Aracaju. Tendo como referência a política de saúde enquanto direito universal, não contributivo, idealizada a partir da noção de seguridade social, instituída após a Constituição Federal de 1988, no tripé com as políticas de Assistência Social e Previdência Social.

O setor saúde, na estruturação dos serviços, é organizado em níveis de atenção que visam a promoção, prevenção e cura. A Atenção Primária se caracteriza por possibilitar aos usuários que apresentam múltiplos diagnósticos e variadas queixas, a oportunidade do primeiro contato com o sistema de saúde, proporcionar o atendimento às suas necessidades e problemas, e ser direcionada ao indivíduo de maneira integral, não somente para a enfermidade (STARFIELD, 2002).

O trabalho teve como objetivo geral, identificar a conformação da rede de Atenção Primária à Saúde em Aracaju. Como objetivos específicos, foram delineados: abordar os usuários que buscam atendimento no Hospital de Urgência de Sergipe (HUSE); verificar a relação dos atendimentos no HUSE, com a atenção primária em Aracaju e identificar como estão conformados os seus serviços a partir dos relatos dos usuários.

Entende-se ser de suma importância realizar esta discussão, visto que a saúde configura-se como uma importante política do sistema de proteção social brasileiro, de natureza universal e não contributiva.

Além disso, o tema mostrou-se relevante, pois a atenção primária representa um nível de atenção da política de saúde que se caracteriza também por abordar os problemas mais prevalentes na comunidade, desenvolvendo atividades de promoção, prevenção, cura e reabilitação com vistas a maximizar a saúde e o bem-estar dos indivíduos (STARFIELD, 2002). Assim, suas ações devem contemplar as necessidades primárias apresentadas pelos usuários de maneira contínua. Ainda de acordo com Starfield (2002), apesar de compartilhar de muitas características presentes nos outros níveis dos sistemas de saúde, a atenção primária funciona como a base determinante para a ação nos outros níveis de atenção.

Neste sentido, partimos do pressuposto que a atenção primária à saúde em Aracaju não vem desenvolvendo seus serviços conforme o que preconiza a Política Nacional de Atenção Básica – PNAB, desta maneira, argumentamos que, devido às lacunas encontradas pelos usuários nos serviços que integram o sistema de atenção primária a saúde, estes buscam atender suas necessidades nos serviços hospitalares, em Aracaju especificamente no HUSE, considerando que este se apresenta como a maior unidade de Urgência de porta aberta do Estado de Sergipe.

O método de análise utilizado foi o materialismo dialético; a pesquisa teve caráter qualitativo/quantitativo, por considerarmos necessárias, para a realização de análise sobre o objeto aqui recortado, que permitiram a sua identificação de forma que envolva suas várias dimensões, sejam elas de cunho quantitativos, a partir de mensuração de dados, ou qualitativos pela possibilidade de analisar esses dados de acordo com o contexto, onde estão presentes questões políticas, sócio-históricas e culturais.

Além disso, foi de natureza exploratória e descritiva, por se constituir na primeira aproximação do pesquisador com o tema e ainda não possuir, sobre ele, argumentos explicativos.

Para sua construção utilizou-se pesquisas bibliográfica e documental e exploratória. A pesquisa bibliográfica ocorreu através de leituras e fichamentos. A pesquisa documental foi realizada com base em relatórios sobre os registros de atendimentos realizados no HUSE, gerados pelo sistema operacional utilizado na instituição, o qual comporta uma série de informações relevantes para atingirmos nossos objetivos.

Já a pesquisa de campo, foi viabilizada através da aplicação de formulários de pesquisa entre os usuários da unidade hospitalar, contento questões a respeito do tema estudado.

Os dados da pesquisa de campo foram catalogados e analisados junto aos dados documentais, os quais foram organizados em gráficos, método de apresentação escolhido para expor os resultados obtidos de maneira que favoreça a sua análise. As informações destes gráficos foram obtidas basicamente através do sistema utilizado na instituição e correspondem ao tipo de demanda recebida; faixa etária dos atendidos; procedência dos usuários e motivo do atendimento.

A pesquisa não feriu os aspectos éticos observados em pesquisa com seres humanos, visto que trabalhamos em consonância com o que está previsto na Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre o respeito à dignidade humana e a devida proteção aos participantes das pesquisas científicas envolvendo seres humanos.

Após a análise dos dados, o trabalho foi estruturado em quatro capítulos, além das partes pré e pós textuais, a partir das quais se procurou desenvolver o tema proposto da melhor maneira possível.

O capítulo I tratou dos aspectos metodológicos utilizados na realização do projeto. Foi apresentado todo caminho percorrido na execução da pesquisa.

O capítulo II abordou o desenvolvimento histórico da saúde enquanto direito no Brasil, abordando o período de 1930 a 1970. Este capítulo retoma o processo de construção do sistema de saúde no Brasil desde as primeiras iniciativas realizadas no setor da saúde até a consolidação desta como uma política social integrante do nosso sistema de seguridade.

Já o capítulo III foi dedicado à realização de um breve estudo acerca da atenção primária e atenção de média e alta complexidade no Brasil e em Aracaju. Foram retomados pontos sobre as características deste modelo de atenção à saúde bem como o debate que o cerca.

O último capítulo foi composto pela apresentação e análise dos dados coletados, bem como do cenário escolhido para a realização da pesquisa.

A partir das informações coletadas foi possível estabelecer um perfil para análise conforme as seguintes variáveis: faixa etária, tipo de demanda, procedência da demanda e motivo do atendimento.

Por fim, foram apresentadas as conclusões a que chegamos a respeito do problema proposto.

CAPÍTULO 1

PERCURSO METODOLÓGICO

Neste capítulo, foi retomado todo o percurso metodológico trilhado para a construção desta pesquisa.

O método de análise utilizado foi o materialismo dialético, idealizado por Karl Marx. É importante que se diga que, quando se fala no método em Marx não se pode deixar de considerar a importância da categoria *teoria* e o seu significado dentro do método.

Conforme Netto, (2011) a teoria para Marx não se resume à análise sistemática das características de um objeto, onde o pesquisador descreve-o detalhadamente e constrói modelos explicativos e realiza apontamentos para relações de causa/efeito. E é neste ponto que a teoria em Marx difere dos procedimentos da tradição empirista e/ou positivista. Além de divergir com o pós-modernismo ao passo que a teoria para ele também não se trata de construir enunciados discursivos, onde a chamada comunidade científica estabelecem jogos de linguagem e combates retóricos.

Para Netto, (2011), o objetivo do pesquisador que se propõe utilizar esse método, é ultrapassar a aparência imediata e empírica a fim de apreender a essência do objeto pesquisado.

Neste sentido, Netto, (2011, p.53), afirma que “o método implica para Marx, uma determinada posição ou perspectiva do sujeito que pesquisa, para na sua relação com o objeto, extrair dele suas múltiplas determinações”.

A pesquisa teve caráter qualitativo/quantitativo, por considerarmos necessárias para a realização de análise sobre o objeto que permita a sua identificação de forma que envolva várias dimensões, sejam eles de cunho quantitativos, a partir de mensuração de dados, ou qualitativos pela possibilidade de analisar esses dados de acordo com o contexto, onde estão presentes questões políticas, sócio-históricas e culturais.

Além disso, foi de natureza exploratória e descritiva. A exploratória se deu pela necessidade de obter informações e conhecimento sobre o que se pretendia pesquisar. Esta é considerada básica no processo de pesquisa, pois, de acordo com Gil (2010), a pesquisa exploratória tem a capacidade de

proporcionar maior familiaridade com o problema proposto, com o intuito de esclarecê-lo e auxiliar na construção de hipóteses.

Ainda de acordo com Gil (2010), a natureza descritiva da pesquisa, tem como objetivo descrever as características ou identificar possíveis relações entre variáveis do fenômeno estudado.

Para a construção da pesquisa foram utilizadas pesquisa bibliográfica, documental e pesquisa de campo.

Tanto a pesquisa documental quanto a bibliográfica apresentam semelhanças, pois baseiam em dados já existentes. Porém, diferenciam-se na natureza de suas fontes, sendo que os recursos bibliográficos são formados por um conjunto de materiais produzidos por autores com o objetivo específico de serem lidos por um público específico, segundo Gil (2010). Já a Pesquisa documental constitui-se a partir de variados documentos elaborados com finalidades diversas, produzidos pela instituição, conforme o mesmo autor.

Tendo isso em vista, para a pesquisa documental foram utilizados documentos institucionais que possibilitaram o aprofundamento do conhecimento acerca do lócus onde foi desenvolvido o estudo.

Para isso, foi realizado um levantamento dos atendimentos realizados no ano de 2015, com base no HOSPUB¹ - sistema operacional utilizado para registrar a entrada dos pacientes no Hospital de Urgência de Sergipe - HUSE.

Foram utilizados os dados de 2015, pois eram os que estavam disponíveis para acesso no sistema.

Este levantamento foi necessário para elaborar um panorama geral dos atendimentos e relacioná-los ao nível primário da atenção à saúde.

Com relação à pesquisa de campo, esta pôde ser realizada a partir da utilização de alguns métodos, entre eles o chamado levantamento, método escolhido para desenvolver este trabalho.

Segundo Gil, (2010) a pesquisa do tipo levantamento caracteriza-se pela ação de interrogar diretamente as pessoas ou grupo que se pretende conhecer, através da solicitação de informações referentes ao problema estudado, as

¹ HOSPUB: "sistema integrado de informatização de ambiente hospitalar, de domínio público e desenvolvido pelo Datasus (Ministério da Saúde). Encontra-se a disposição de qualquer usuário vinculado à rede assistencial do SUS, mediante contato com o Datasus" (www.ipsaude.com.br/Products/Hospub/).

quais serão analisadas posteriormente para chegar-se a uma conclusão correspondente as informações coletadas.

O pronto socorro do HUSE foi escolhido como o lócus da pesquisa. Considerado o maior hospital de média e alta complexidade do estado de Sergipe, esta unidade hospitalar fica localizada na cidade de Aracaju, foi inaugurada em 07 de novembro de 1986, mas iniciou seu funcionamento quase três meses depois, no dia 02 de fevereiro de 1987, segundo site da Fundação Hospitalar de Saúde (FHS)².

Foi utilizado como instrumento de coleta de dados, formulários semiestruturados a partir de perguntas objetivas, voltadas para a identificação dos usuários e subjetivas, a respeito do atendimento nas Unidades Básicas de Saúde e no HUSE, formando categorias que foram posteriormente definidas e analisadas. Estes foram aplicados de maneira direta, com o usuário atendido no Pronto Socorro do referido hospital, durante o mês de agosto de 2016. Durante esse período foi possível aplicar 10 formulários, onde os resultados foram organizados e apresentados no capítulo IV.

Tendo em vista a dinâmica conturbada do local e o grande volume de atendimentos realizados no pronto socorro, não foi possível definir amostra para aplicação dos referidos. Sendo assim, definimos a amostragem do tipo conglomerado, pois, conforme define Gil, (2010, p.110-111), a amostragem por conglomerados é indicada em situações em que é bastante difícil a identificação de seus elementos.

² FHS – Fundação Hospitalar de Saúde: entidade integrante da Administração Pública Indireta do Poder Executivo do Estado de Sergipe. Criada em 02 de janeiro de 2008, com finalidade de prestar serviços de saúde em todos os níveis de assistência hospitalar no Estado de Sergipe, conforme o site da FHS.

CAPÍTULO 2

RECONFIGURAÇÃO HISTÓRICA DO DIREITO A SAÚDE NO BRASIL

O capítulo a seguir buscou retomar historicamente a saúde pública no Brasil a partir do seu processo de construção e apresenta as principais mudanças pelas quais passou até sua consolidação enquanto Política pública de caráter universal e gratuita. Aborda-se ainda sobre as funções que o sistema de saúde possui, a situação da saúde tanto nos países desenvolvidos como nos subdesenvolvidos, especialmente no Brasil. Apresenta a saúde como “questão social” no início do século XX, quando foram desenvolvidas as políticas sociais brasileiras. Além disso, trata das alterações que ocorreram no contexto brasileiro entre a década de 1930 até 1980.

2.1 Breves pontos sobre a Saúde Pública no Brasil

Conforme Starfield (2002), todo sistema de saúde possui basicamente duas funções. A primeira melhorar o atendimento a saúde por meio da utilização e avanço dos conhecimentos e técnicas em relação às doenças e promoção da saúde e, a segunda, uma tentativa de reduzir as diferenças de acesso aos serviços de saúde existentes entre as classes sociais, proporcionando uma melhora na qualidade da saúde.

Ainda de acordo com Starfield (2002), a situação da saúde nos países, de maneira geral, está relacionada à condição econômica dos indivíduos e das classes sociais nas quais estão inseridos. Para ela, à medida que existem grandes diferenças sociais entre os indivíduos e as classes dentro dos países, existem grandes diferenças na saúde. Assim, afirma que “Quanto mais recursos sociais de indivíduos e comunidades, maior a probabilidade de uma saúde melhor. [...] Quanto maior a desigualdade de renda dentro dos países, maior a desigualdade dentro da saúde” (STARFIELD, 2002, p.26).

Esta realidade também se aplica ao Brasil, visto que as primeiras iniciativas de melhorias na área da saúde surgiram em um contexto de crise histórica, econômica e política, no início do século XX, mais especificamente na década de 1930, onde até então, a assistência à saúde era pautada na filantropia e na prática liberal (BRAVO, 2001, p.02).

Segundo Bravo (2001), em concordância com Braga e Paula (1985), a saúde aparece como “questão social” no Brasil por volta do início do século XX, no bojo da economia capitalista exportadora cafeeira, refletindo as mudanças ocorridas nas forças produtivas e a emergência do trabalho assalariado. A criação das políticas sociais surge, nesse contexto, como forma de enfrentamento da questão social e em resposta as reivindicações dos trabalhadores.

Com relação às políticas sociais, Behring e Boschetti, afirmam que:

As políticas sociais e a formatação de padrões de proteção social são desdobramentos e até mesmo respostas e formas de enfrentamento às expressões multifacetadas da questão social no capitalismo, sendo que o seu fundamento se dá nas relações de exploração do capital sobre o trabalho (BEHRING E BOSCHETTI, 2011, p.51).

As políticas sociais brasileiras, conforme aponta Fleury (1994), desenvolveram-se, a partir do início do século XX, por um período de cerca de 80 anos, configurando um tipo de padrão de proteção social só alterado a partir da Constituição Federal de 1988. Até então, o sistema de proteção social brasileiro era composto por modelos distintos que previam ações de seguro social na área previdenciária, incluindo a atenção à saúde e outro modelo assistencial para a população sem vínculos trabalhistas formais.

Bravo (2001) concorda com Fleury (1994) ao afirmar que muitas alterações ocorreram no contexto brasileiro a partir de década de 1930, sendo as mais relevantes o processo de industrialização e a redefinição do papel do Estado que passou a intervir de maneira intensa através da criação das políticas sociais, em resposta as reivindicações dos trabalhadores.

A assistência à saúde dos trabalhadores, com a industrialização nos países centrais, foi sendo assumida pelo Estado, aliada ao nascimento da medicina social na Alemanha, França e Inglaterra. Esta interferência do Estado é tida como uma maneira de mediar às relações sociais diante de um processo de conquistas de direitos pela classe trabalhadora, no sentido de manter a ordem social, situação que ocorreu também no Brasil (BRAVO, 2001, p.02).

Além disso, neste período também foi construído o chamado embrião do esquema previdenciário brasileiro, com a criação das Caixas de Aposentadoria

e Pensões (CAP's) em 1923, através da Lei Elói Chaves, que eram financiadas pela União, pelas empresas empregadoras e pelos empregados. Os benefícios eram disponibilizados de maneira proporcional às contribuições dos trabalhadores e ofereciam assistência médica-curativa; fornecimento de medicamentos; aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez, pensão para os dependentes e auxílio-funeral (BRAVO, 2001).

Na continuidade da análise sobre os dados históricos da política de saúde no Brasil e a sua configuração, a partir do contexto referenciado, temos que:

[...] a política de saúde formulada nesse período a partir de 1930 era de caráter nacional, organizada em dois subsetores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária. O subsetor de saúde pública será predominante até meados de 60 e centralizou-se na criação de condições sanitárias mínimas para as populações urbanas e, restritamente, para as do campo. O subsetor de medicina previdenciária só virá sobrepujar o de saúde pública a partir de 1966 (BRAVO, 2001, p.04).

A consolidação da medicina previdenciária a partir da década de 1930 se deu com a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões - IAP's, os quais pretendiam estender para um número maior de categorias de assalariados urbanos benefícios que até então eram oferecidos pelas CAP's, de forma restrita a algumas categorias de trabalhadores, antecipando possíveis reivindicações destas categorias (BRAVO, 2001).

O modelo de previdência que norteou o período de 1923 a 1930 no Brasil trazia a noção de ampliação do atendimento. Oposto a esta noção, a previdência no período de 1930 a 1945 foi de orientação contencionista (BRAVO, 2001, p. 05 apud, OLIVEIRA E TEIXEIRA, 1986, p.61-65).

Ainda conforme os autores acima, a diminuição dos gastos com a previdência social foi determinada pelas consequências causadas pelo rápido crescimento da massa de trabalhadores inseridos no mercado formal de trabalho. Neste contexto, a previdência preocupava-se mais com a acumulação de recursos financeiros ao invés de priorizar a prestação de serviços de forma ampla (BRAVO, 2001).

Como dito anteriormente, a saúde pública brasileira passou por diversos processos de reformas a partir da década de 1930, sob o comando de Gustavo

Capanema, a frente do então Ministério da Educação e Saúde Pública - MESP, criado em novembro de 1930.

A gestão de Capanema foi considerada “o marco mais definitivo no processo de construção institucional da saúde pública enquanto política estatal”, além de ter sido a mais longa permanência de um ministro a frente das pastas de educação e saúde, já que sua gestão durou de 1934 a 1945 (HOCHMAN, 2005, p. 131).

O governo Capanema foi marcado por duas grandes reformas, sendo a primeira em 1937, quando houve a reforma do Ministério que definiu novos rumos para a política de saúde pública. A partir dessa reforma o Ministério passou a se denominar Ministério da Educação e Saúde (MES). Já a segunda reforma ocorreu em 1941 com a criação dos Serviços Nacionais, que verticalizaram as campanhas de combate a doenças específicas e às grandes endemias (HOCHMAN, 2005).

Essas duas reformas empreendidas por Capanema definiram e consolidaram a estrutura administrativa e institucional da saúde pública no Brasil, “que permaneceu quase inalterada até a criação do Ministério da Saúde em 1953, e de certo modo até o final dos anos 80” (HOCHMAN, 2005, p. 131).

A partir do estabelecimento da ditadura militar em 1964, o contexto brasileiro sofreu algumas transformações. No período referente a 1964 – 1974:

[...] o estado utilizou para sua intervenção o binômio repressão-assistência, sendo a política assistencial ampliada, burocratizada e modernizada pela máquina estatal com a finalidade de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, suavizar as tensões sociais e conseguir legitimidade para o regime, como também servir de mecanismo de acumulação do capital (BRAVO, 2001, p.06).

Em 1966 ocorreu a unificação da Previdência Social, com a junção dos IAPs, a fim de atender a duas características fundamentais: “o crescente papel do Estado na sociedade e o alijamento dos trabalhadores do jogo político, com sua exclusão na gestão da Previdência, ficando-lhes reservado apenas o papel de financiadores” (BRAVO, 2001, p.06).

Neste período, um processo de “medicalização”³ da vida social foi imposto, o que atingiu a Saúde Pública e a Previdência Social. No caso da primeira, ocorreu um declínio da sua importância, considerando os investimentos no setor e, em contrapartida, a medicina previdenciária cresceu, “principalmente após a reestruturação do setor, em 1966” (BRAVO, 2001, p.07).

Considerando o contexto instalado a partir da década de 1960, com o advento da Ditadura Militar, que perdurou até 1985, as políticas sociais, de maneira geral, sofreram influências do grupo que estava no poder. A Saúde passou a seguir um modelo caracterizado por ações que beneficiavam o produtor privado, atendendo as necessidades do capital.

Entre as características presentes na política durante esta conjuntura, estão:

Ênfase na prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, e articulação do Estado com os interesses do capital internacional, via indústrias farmacêuticas e de equipamento hospitalar; Criação do complexo médico-industrial, responsável pelas elevadas taxas de acumulação de capital das grandes empresas monopolistas internacionais na área de produção de medicamentos e de equipamentos médicos; Interferência estatal na previdência, desenvolvendo um padrão de organização da prática médica orientada para a lucratividade do setor saúde, propiciando a capitalização da medicina e privilegiando o produtor privado desses serviços; Organização da prática médica em moldes compatíveis com a expansão do capitalismo no Brasil, com a diferenciação do atendimento em relação à clientela e das finalidades que esta prática cumpre em cada uma das formas de organização da atenção médica (BRAVO, 2001, p.07).

Mesmo sendo detentor do aparelho estatal, o grupo estabelecido a partir do golpe militar não conseguiu firmar sua hegemonia política, havendo a necessidade de criação de novas estratégias capazes de estabelecer a mediação dos conflitos com a sociedade e legitimar a dominação burguesa.

A partir de 1974 a Política Social passou ser direcionada mais efetivamente ao enfrentamento das expressões da “questão social” passando a

³Medicalização refere-se ao processo de transformar questões não- médicas, eminentemente de origem social e política em questões médicas, isto é, tentar encontrar no campo médico as causas e soluções para problemas dessa natureza (COLLARES, MOYSÈS, 1994, p.25).

ser utilizada como um meio capaz de conter as reivindicações da sociedade (BRAVO, 2001).

Porém, a política de saúde continuou apresentando problemáticas em sua estrutura, já que existiam conflitos relacionados à expansão dos serviços de saúde e a disponibilização de recursos financeiros, além de não conseguir “reverter a ênfase da política de saúde, caracterizada pela predominância da participação da Previdência Social, através de ações curativas, comandadas pelo setor privado” (BRAVO, 2001, p. 08).

A partir de 1980, o Brasil passou a apresentar uma nova realidade, a começar pelo processo de redemocratização da sociedade. Porém, esta nova realidade não foi marcada apenas por acontecimentos que contribuíram para o avanço da sociedade e contaram também com uma crise econômica profunda que vem evoluindo até os dias atuais (BRAVO, 2001).

Foi a partir desta década que a política de saúde passou a contar com a participação de novos sujeitos sociais, deixando de ser um tema de interesse apenas técnico para adquirir uma dimensão de caráter político.

Este contexto se apresentou fortemente propício para o desenvolvimento da democracia, pois, foi marcado pelo amplo debate na sociedade civil, que passou a integrar as discussões sobre as condições de vida da população brasileira e participar da criação de propostas para o setor de saúde, que até então, era discutida somente por quem detinha o poder, passando a ter um caráter político.

Neste período, debates importantes para a construção da política de saúde, como a conhecemos hoje, foram postos, entre eles estão:

“[...] a universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde” (BRAVO, 2001, p.09).

Vários foram os sujeitos que participaram dos debates para a construção da política, entre eles, haviam entidades representativas dos profissionais de

saúde que contribuíram com discussões mais gerais como a melhoria da situação saúde e o fortalecimento do setor público, deixando de lado o caráter corporativista de sua ação; o movimento sanitário, o qual contava com Centro Brasileiro de Estudo de Saúde (CEBES) como veículo de difusão e ampliação do debate em torno da Saúde e Democracia e elaboração de contra-propostas; partidos políticos de oposição, que tinham em seus programas a temática da saúde e que viabilizaram debates no Congresso para discussão da política do setor, além dos movimentos sociais urbanos, que se articulavam com a sociedade civil através de eventos realizados pelos mesmos (BRAVO, 2001).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986 em Brasília – Distrito Federal foi um grande marco no processo de discussão do setor saúde no Brasil, já que tinha como tema central três pontos principais, os quais alguns já vinham sendo debatidos pelos sujeitos citados anteriormente. São eles: “I A Saúde como direito inerente a personalidade e à cidadania; II Reformulação do Sistema Nacional de Saúde; III Financiamento setorial” (BRAVO, 2001, p.09).

Conforme a autora acima, esta conferência mostrou-se bem diversa das anteriores, pois, contou com um número significativo entidades representativas da sociedade através de seus delegados, além de proporcionar a difusão do tema saúde de maneira ampla com a proposição do Sistema Único e Reforma Sanitária.

Como sabemos, a constituição de 1988 representou um grande avanço para a afirmação e ampliação dos direitos sociais no Brasil, considerando o contexto anterior marcado por uma grande crise política, econômica e grande índice de desigualdade social.

Até a sua promulgação, a constituição contou com uma série de processos de elaboração dos textos que a compõem. E no caso da Saúde, este processo foi marcado por conflitos de interesse organizados basicamente em dois blocos:

[...] os grupos empresariais, sob a liderança da Federação Brasileira de Hospitais (setor privado) e da Associação de Indústrias Farmacêuticas (Multinacionais), e as forças propugnadoras da Reforma Sanitária, representadas pela Plenária Nacional pela Saúde na Constituinte, órgão que

passou a congregar cerca de duas centenas de entidades representativas do setor (BRAVO, 2001, p.10).

Apesar da grande força econômica e política presente no primeiro bloco, tanto o texto da saúde defendido em plenária constituinte quanto o texto constitucional aprovado apresentava vários aspectos defendidos pelo segundo bloco. Este sucesso se deve em grande parte a atuação eficaz das entidades representativas da população.

Os principais aspectos aprovados na nova constituição foram:

O direito universal à Saúde e o dever do Estado, acabando com discriminações existentes entre segurado/não segurado, rural/urbano; As ações e Serviços de Saúde passaram a ser considerados de relevância pública, cabendo ao poder público, sua regulamentação, fiscalização e controle; Constituição do Sistema Único de Saúde integrando todos os serviços públicos em uma rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada e de atendimento integral, com participação da comunidade; A participação do setor privado no sistema de saúde deverá ser complementar, preferencialmente com as entidades filantrópicas, sendo vedada a destinação de recursos públicos para subvenção às instituições com fins lucrativos. Os contratos com entidades privadas prestadoras de serviços far-se-ão mediante contrato de direito público, garantindo ao Estado o poder de intervir nas entidades que não estiverem seguindo os termos contratuais; Proibição da comercialização de sangue e seus derivados (BRAVO, 2001, p.10-11 apud Teixeira, 1989 p.50-51).

Conforme dito anteriormente, o texto constitucional é composto em grande parte por propostas defendidas pelo movimento sanitário, porém nem todas as demandas foram atendidas, existindo questões que permaneceram pouco esclarecidas. Entre elas estão: o financiamento do novo sistema; a fiscalização da produção de medicamentos e aspectos sobre a saúde do trabalhador que não incorporou propostas como o “direito do trabalhador recusar-se a trabalhar em locais comprovadamente insalubres, bem como, de ter informações sobre toxicidade dos produtos manipulados” (BRAVO, 2001, p.11).

Apesar dessas questões, alguns autores apontam que a saúde na década de 1980 adquiriu algumas características fundamentais para o seu processo de mudança, consolidado na constituição de 1988.

Entre esses aspectos estão: “a politização da questão da saúde, a alteração da norma constitucional e a mudança do arcabouço e das práticas institucionais” (BRAVO, 2001, p.11). Cada uma dessas características desempenhou importante papel neste processo.

Conforme Bravo (2001):

[...] a politização da saúde foi umas das primeiras metas a serem implementadas com o objetivo de aprofundar o nível da consciência sanitária, alcançar visibilidade necessária para inclusão de suas demandas na agenda governamental e garantir o apoio político à implementação das mudanças necessárias. A 8a Conferência foi o acontecimento mais importante nesta direção (BRAVO, 2001, p. 11).

Com relação à alteração da norma constitucional, esta foi viabilizada através do processo constituinte, a partir da construção e aprovação do texto para a saúde, o qual incorporou “grande parte das reivindicações do movimento sanitário”, sendo considerado por muitos autores e lideranças de entidades uma das melhores propostas (BRAVO, 2001, p. 12).

Já o aspecto relacionado à mudança do arcabouço e das práticas institucionais foi possibilitado por meio de algumas medidas que:

[...] visaram o fortalecimento do setor público e a universalização do atendimento; a redução do papel do setor privado na prestação de serviços à Saúde; a descentralização política e administração do processo decisório da política de saúde e a execução dos serviços ao nível local, que culminou com a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) em 1987 e depois, em 1988, SUS (Sistema Único de Saúde), passo mais avançado na reformulação administrativa no setor (BRAVO, 2001, p. 12).

Contudo, essas medidas não proporcionaram grandes melhorias para a saúde da população, já que sua operacionalização não foi possível. Além disso, a partir de 1988, ocorreu o que se pôde chamar de retrocesso político que repercutiu de maneira negativa para a saúde, já que foi instaurado um processo de perda de espaço na “coalizão governante” e “no interior dos aparelhos institucionais” por parte das forças progressistas comprometidas com a Reforma Sanitária (BRAVO, 2001, p. 12).

Desta maneira, o final da década de 1980 foi marcado por algumas incertezas relacionadas à implementação do Projeto de Reforma Sanitária, mediante algumas questões:

[...] a fragilidade das medidas reformadoras em curso, a ineficácia do setor público, as tensões com os profissionais de saúde, a redução do apoio popular face a ausência de resultados concretos na melhoria da atenção à saúde da população brasileira e a reorganização dos setores conservadores contrários à reforma que passam a dar a direção no setor, a partir de 1988 (BRAVO, 2001, p. 12).

Assim, Bravo (2001) afirma que a burocratização instalada durante o processo de reforma despolitiza e afasta a população das discussões o que se traduz em um grande impeditivo para a concretização desse projeto, pois, considera que “a construção democrática é a única via para se conseguir a Reforma Sanitária e a mobilização política uma de suas estratégias”, sendo esse o desafio colocado (BRAVO, 2001, p. 12-13).

2.2 A Construção histórica do SUS

A saúde passou por diversas transformações até o momento da promulgação da constituição de 1988, a qual passou a garantir que o acesso gratuito e universal, através do Sistema Único de Saúde (SUS), concebido como uma Política consolidada a partir de uma decisão adotada pelo Congresso Nacional, em 1988, na chamada Constituição cidadã, de considerar a Saúde como um “Direito de cidadania e um dever do Estado” (Teixeira, 2011, p. 1).

A Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196 diz:

[...] a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Já em relação as suas diretrizes, a Constituição Federal de 1988 apresenta em seu artigo 198 que:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade (BRASIL, 1988).

Desta forma, o SUS se caracteriza por assumir os princípios da **Universalidade, Equidade e Integralidade da atenção à saúde** da população brasileira e se propõe a ser um “sistema de saúde, capaz de garantir o acesso universal da população a bens e serviços que garantam sua saúde e bem-estar, de forma equitativa e integral” (TEIXEIRA, 2011, p. 02).

Além disso, apresentam-se também os princípios que estão relacionados “às diretrizes políticas, organizativas e operacionais, que orientam como deve ser construído o sistema que se quer conformar, institucionalizar”. Tais princípios são os chamados “princípios estratégicos” e são eles: a Descentralização, a Regionalização, a Hierarquização e a Participação social (TEIXEIRA, 2011, p. 02).

A **universalidade** trata-se de “um princípio ‘finalístico’, ou seja, é o ideal a ser alcançado”, o objetivo final, além de ser uma das características do sistema que se pretende construir e um caminho para sua construção (TEIXEIRA, 2011, p.03). Quanto a isso a autora afirma que:

[...] para que o SUS venha a ser **universal** é preciso se desencadear um **processo de universalização**, isto é, um processo de extensão de cobertura dos serviços, de modo que venha, paulatinamente, a se tornar acessíveis a toda a população. Para isso, é preciso eliminar barreiras jurídicas, econômicas, culturais e sociais que se interpõem entre a população e os serviços (TEIXEIRA, 2011, p.03).

Neste sentido, entende-se que o processo de concretização do princípio da universalidade não se mostra ser tão simples. Pois, as barreiras a serem ultrapassadas demandam grande esforço por parte do Estado na garantia dos recursos financeiros, bem como o bom gerenciamento desses.

O princípio da **equidade** no SUS é entendido também como um princípio finalístico, já que se trata de um dos seus objetivos. A noção de equidade se refere à ação de tratar os desiguais dentro das suas

desigualdades, a fim de se alcançar a “igualdade de oportunidades de sobrevivência, de desenvolvimento pessoal e social entre os membros de uma dada sociedade” (Teixeira, 2011, p. 04).

Conforme a autora:

O ponto de partida da noção de equidade é o reconhecimento da desigualdade entre as pessoas e os grupos sociais e o reconhecimento de que muitas dessas desigualdades são injustas e devem ser superadas. Em saúde, especificamente, as desigualdades sociais se apresentam como desigualdades diante do adoecer e do morrer, reconhecendo-se a possibilidade de redução dessas desigualdades, de modo a garantir condições de vida e saúde mais iguais para todos (TEIXEIRA, 2011, p.04).

Segundo a mesma, é possível afirmar que o princípio da equidade se relaciona intimamente com o processo de reforma do sistema de saúde ocorrido, já que comportam duas importantes dimensões, quais sejam:

De um lado, a reorientação do fluxo de investimentos para o desenvolvimento dos serviços nas várias regiões, estados e municípios, e, de outro, a reorientação das ações a serem realizadas, de acordo com o perfil de necessidades e problemas da população usuária. Nesse último sentido, a busca de equidade se articula, dinamicamente com outro princípio finalístico do SUS, qual seja, a **integralidade** do cuidado à saúde (TEIXEIRA, 2011, p.05).

O princípio da **integralidade** do cuidado à saúde por sua vez, diz respeito ao conjunto de ações necessárias para garantia da saúde compreendendo os aspectos de “promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos e assistência a doentes, provocando a sistematização do conjunto de práticas capazes de promover o enfrentamento dos problemas e o atendimento das necessidades de saúde” (Teixeira, 2011, p. 06).

A integralidade pode ser entendida como uma das particularidades do modelo de atenção à saúde existente, já que consiste em um “modelo de atenção integral à saúde” o qual deve contemplar “o conjunto de ações de promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos, assistência e recuperação” (Teixeira, 2011, p. 06).

Neste sentido, para que um modelo de atenção à saúde seja considerado integral, ele deve dispor de todo tipo de recurso necessário para a promoção da saúde, sejam eles relacionados à estrutura física, profissionais capacitados e recursos financeiros.

A questão relacionada à garantia do cuidado à saúde de maneira integral já vem sendo discutida há bastante tempo, principalmente entre os países ocidentais, desde meados do século XX. Com isso, vários deles, como a Inglaterra, a Suécia, a Dinamarca, o Canadá e a Itália, criaram várias políticas e promoveram reformas para este fim. Estas por sua vez:

[...] contribuíram para a sistematização de vários princípios organizativos, que foram assumidos, em nossa legislação, como “diretrizes estratégicas” para a organização do SUS, que são a descentralização da gestão dos recursos, a regionalização e hierarquização das unidades de produção de serviços e a integração das ações promocionais, preventivas e curativas (Teixeira, 2011, p. 06).

No caso da **descentralização**, esta implica no processo de desconcentração da gestão do sistema e “na transferência de poder de decisão sobre a política de saúde do nível federal (MS), para os estados (SES) e municípios (SMS)”.

Este processo se dá a partir do momento em que as “funções e responsabilidades de cada nível de governo com relação à condução político-administrativa do sistema de saúde em seu respectivo território (nacional, estadual, municipal)”, são redefinidas (Teixeira, 2011, p. 06).

Seguindo nesta lógica de redistribuição do poder e das responsabilidades relacionadas ao sistema de saúde, temos as diretrizes da **regionalização** e a **hierarquização** dos serviços. Estas, “dizem respeito à forma de organização dos estabelecimentos (unidades de unidades) entre si e com a população usuárias” (Teixeira, 2011, p. 06).

Conforme a autora citada:

[...] a regionalização dos serviços implica a delimitação de uma base territorial para o sistema de saúde, que leva em conta a divisão político-administrativa do país, mas também contempla a delimitação de espaços territoriais específicos para a

organização das ações de saúde, subdivisões ou agregações do espaço político-administrativo (TEIXEIRA, 2011, p. 06-07).

Ou seja, a regionalização se traduz como uma estratégia para oferecer serviços de saúde a partir da necessidade existente na região.

Já a **hierarquização** dos serviços, está relacionada à organização e divisão das unidades de saúde a partir do grau de complexidade tecnológica dos serviços oferecidos, permitindo a criação de uma rede, ou seja:

O estabelecimento de uma rede que articula as unidades mais simples às unidades mais complexas, através de um sistema de referência e contra-referência de usuários e de informações. O processo de estabelecimento de redes hierarquizadas pode também implicar o estabelecimento de vínculos específicos entre unidades (de distintos graus de complexidade tecnológica) que prestam serviços de determinada natureza, como por exemplo, a rede de atendimento a urgências/emergências, ou a rede de atenção à saúde mental (TEIXEIRA, 2011, p. 07).

Por fim, destaca-se a **integração**, inserida entre as ações promocionais, preventivas e curativas. Conforme a autora:

[...] diz respeito à possibilidade de se estabelecer um perfil de oferta de ações e serviços do sistema que contemple as várias alternativas de intervenção sobre os problemas de saúde em vários planos de sua “história (natural) social”, abarcando intervenções sobre condições de vida, riscos e danos à saúde (TEIXEIRA, 2011, p.07).

A fim de eliminar qualquer dúvida entre os termos “integralidade” e “integração” a autora explica:

“Se a integralidade, como posto anteriormente, é um atributo do modelo, algo que o modelo de atenção à saúde “deve ser”, a integração é um processo, algo “a fazer” para que o modelo de atenção seja integral” (TEIXEIRA, 2011, p. 07).

Neste sentido, a integração é caracterizada pela a autora acima como uma ação que envolve duas dimensões, sendo a primeira uma dimensão “vertical”, a partir da hierarquização dos serviços, subdividindo as ações a partir de sua complexidade (primária, secundária, terciária) em função da natureza do problema que se esteja enfrentando, e a segunda, “uma integração

“horizontal”, que permite a articulação, no enfrentamento do problema, de ações de distinta natureza (promoção, prevenção, recuperação)” (TEIXEIRA, 2011, p.07).

Tendo isso em vista, entende-se que a construção de um modelo de atenção integral à saúde, implica o desenvolvimento simultâneo de um conjunto de ações desenvolvidas tanto por agentes que não fazem parte do sistema de saúde como, por exemplo, as ações de vigilância ambiental, sanitária e epidemiológica, quanto pelo próprio sistema através da articulação de ações de prevenção e de assistência, desenvolvidas por instituições diferentes, com lógicas organizacionais distintas através dos anos e que atualmente são integradas e desenvolvidas pelos órgãos MS, SES e SMS, “instituições envolvidas no processo de construção do novo modelo de atenção à saúde no SUS” (TEIXEIRA, 2011, p.07- 08).

Sendo assim, podemos considerar que o SUS a partir de seus princípios e diretrizes, pretende oferecer e garantir a população o direito à saúde de maneira universal, contudo, os mesmos princípios e diretrizes criados para proporcionar a eficácia da política, acabam se tornando impeditivos para a concretização da universalidade, já que existe uma grande relação de interdependência entre os setores que atuam no sistema.

CAPÍTULO 3

ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE NO BRASIL E ATENÇÃO HOSPITALAR

Este capítulo faz um breve histórico sobre os diferentes níveis de atenção à saúde no Brasil, sendo estes, a Atenção Primária e a Atenção de média e alta complexidade,

Retornar-se ao marco histórico da Atenção primária, ocorrido em 1977. Cita-se ainda a Conferência de Alma-Ata em 1979, a partir desta se estabelece o conceito e os princípios da Atenção Primária. Após a Conferência houve a implementação do modelo de APS seletiva nos países em desenvolvimento.

Fala-se também da Atenção Hospitalar, seu conceito, história, hospitais e seus tipos, além das características e problemáticas.

3.1 Breve histórico sobre Atenção Primária em Saúde

O marco histórico que deu início a origem a concepção de Atenção Primária em Saúde ocorreu em 1977, durante a trigésima reunião anual da Assembleia Mundial de Saúde, quando foi estabelecida pelos governantes presentes, como meta principal, o acesso por parte de todos os cidadãos do mundo a um nível de saúde capaz de proporcionar vida socialmente e economicamente produtiva, de acordo com Starfield (2002).

Esta meta ficou conhecida como “Saúde para Todos no Ano 2000” e deu origem a um conjunto de princípios que foram anunciados durante a conferência realizada na cidade de Alma Ata, na então URSS, quando o tema da atenção primária à saúde foi discutido. Posteriormente, em 1979, durante a trigésima segunda edição da Assembleia Mundial de Saúde, o que havia sido definido na conferência de Alma Ata foi reafirmado e o conceito de atenção primária à saúde foi oficialmente definido pela Organização Mundial da Saúde:

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possam arcar em cada estágio de seu desenvolvimento [...]. É parte integral do sistema de saúde do país [...]. É o primeiro nível de contato dos

indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (OMS, 1979, apud STARFIELD, 2002, p.30-31).

Além disso, a conferência de Alma Ata tratou de especificar os elementos principais que devem compor a atenção primária à saúde, sendo estes:

[...] educação em saúde, saneamento ambiental, especialmente de águas e alimentos, programas de saúde materno-infantis, inclusive imunizações e planejamento familiar; prevenção de doenças endêmicas locais, tratamento adequado de doenças e lesões comuns, fornecimento de medicamentos essenciais, promoção de boa nutrição e medicina tradicional (STARFIELD, 2002, p.31).

A realização da Conferência de Alma-Ata, onde o conceito de atenção primária e seus princípios foram definidos, marca um processo de transição entre os modelos de saúde existentes, principalmente nos países europeus.

A partir desta conferência, a OMS construiu outro documento chamado Carta de Lubliana, a qual reunia princípios que deveriam ser utilizados pelos países como estratégia de fortalecimento e construção da base da atenção primária dos serviços de saúde em seus respectivos territórios.

Vale ressaltar que a criação desta carta e seus princípios surgiram a partir do reconhecimento por parte da OMS do crescente cenário de “iniquidades sociais e de saúde” nos países de maneira geral (Starfield, 2002, p.19). Em 1996, a comunidade Européia passou a adotar o conjunto de princípios estabelecidos na Carta de Lubliana, contudo, nem todas as nações aderiram a este documento por não concordarem com os seus princípios.

Neste sentido, observa-se que em alguns países existia a predominância de um sistema de saúde direcionado para a subespecialização, apresentando constante crescimento das especializações profissionais, o que pode ocasionar que os sistemas de saúde, com essas características, possivelmente não terão uma atenção básica resolutive (STARFIELD, 2002).

Isto se deve ao fato de a especialização ser direcionada ao tratamento da enfermidade de maneira específica, o que não contribui para a idéia de

promoção da saúde, já que não tem o seu foco na prevenção.

A ideia de atenção primária discutida em Alma-Ata não persiste até os dias atuais, visto que a partir dela algumas derivações foram criadas, o que se considera um avanço em relação à proposta original. Entre as citadas derivações tem-se: atenção primária à saúde, atenção primária seletiva, atenção primária orientada para a comunidade e, mais recentemente, a atenção primária renovada, cada uma direcionada a um grupo e situações específicas (CONASS, 2011).

Contudo, a Declaração de Alma-Ata foi fortemente criticada por agências internacionais por ser considerada muito abrangente e pouco propositiva dando início “a um embate entre a concepção de atenção primária a saúde integral e abrangente e a concepção restrita de APS, prevalecendo à última” (GIOVANELLA E MENDONÇA, 2008, p. 581).

A Atenção Primária Seletiva passou a ser discutida após realização de reunião na Itália em 1979, a qual contou com a colaboração de várias agências internacionais, tais como Banco Mundial, Fundação Ford, a agência canadense Centro Internacional para a Pesquisa e o Desenvolvimento e a estadunidense Agência Internacional para o Desenvolvimento (Giovanella e Mendonça, 2008 apud Cueto, 2004).

Esta concepção difundiu-se principalmente entre os países em desenvolvimento já que funcionava como estratégia para o controle de doenças nesses países, conforme o autor acima. Apesar de ter sua efetividade reconhecida a APS seletiva também foi criticada por seu elevado tecnocratismo e “por desconsiderar a exigência de melhorias sócio-econômicas e a importância da garantia das necessidades básicas para a melhoria da situação de saúde das populações” (GIOVANELLA E MENDONÇA, 2008, p. 581). Entretanto, esta concepção tornou-se hegemônica para diversas agências internacionais durante a década de 1980.

Ainda de acordo com os autores acima, no caso do Brasil, a aproximação com as teorias relacionadas à atenção primária à saúde se deu em meados da década de 1970, assim como ocorreu a nível mundial.

No caso do Brasil, o uso do termo ‘atenção básica’ tentou “diferenciar as políticas propostas pelo movimento sanitário, distanciando-as dos programas de APS seletivos e focalizados, difundidos pelas agências internacionais”

(GIOVANELLA E MENDONÇA, 2008, p. 582).

Após a Alma-Ata, houve a predominância da implementação do modelo de APS seletiva nos países em desenvolvimento. Mesmo assim, a discussão em torno do tema saúde foi beneficiada, já que alguns movimentos sociais á nível mundial, passaram a difundir a compreensão da saúde como direito humano além de apontarem a necessidade de compreender os determinantes sociais e políticos relacionados à saúde e buscarem o estabelecimento de políticas com a finalidade de reduzir as desigualdades e alcançar a equidade na saúde (GIOVANELLA E MENDONÇA, 2008).

Nos últimos tempos a Atenção Primária vem passando por um movimento de renovação proporcionado por alguns organismos como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan - Americana da Saúde (OPAS). Dentre as ações que fazem parte desse movimento está a aprovação pela OPAS de uma resolução que estabelece que os Estados adotem “uma série de recomendações para fortalecer a Atenção Primária a saúde” (GIOVANELLA E MENDONÇA, 2008, p.582).

Já em 2005 essas duas organizações divulgaram um documento denominado “Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas” no qual se posicionam a favor de:

[...] atenção universal e abrangente por meio de uma abordagem integrada e horizontal para o desenvolvimento dos sistemas de saúde, com cuidados orientados a qualidade, ênfase na promoção e prevenção, intersetorialidade, participação social e responsabilização dos governos (Giovanella e Mendonça, 2008, p.582).

Ainda de acordo com estes autores, esta proposta de renovação nos remete a uma atualização da concepção abrangente de Atenção Primária a Saúde (APS). Todavia, sua adesão e implementação depende da aceitação por parte dos governos nacionais que, antes de qualquer coisa, precisam conhecer as principais características desta concepção.

Conforme dito anteriormente, no Brasil, a ideia de atenção primária é denominada como Atenção Básica, a qual é difundida através da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), instituída por meio da Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011.

A PNAB é caracterizada por possuir um conjunto de ações desenvolvidas no âmbito da saúde, de maneira individual e coletivo, que abrangem:

[...] a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (Brasil. MS, Política Nacional de Atenção Básica, 2012, p. 19).

Além disso, é desenvolvida a partir de princípios que buscam a maior proximidade possível com o usuário, onde, deve ser reconhecida pelo mesmo como seu contato preferencial e principal porta de entrada para a Rede de Atenção à Saúde (RAS).

As RAS se constituem como sistemas estratégicos para promover um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população. Neste sentido, são:

[...] formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial, e têm diversos atributos, entre eles, destaca-se: a atenção básica estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado e atendendo às suas necessidades de saúde (Brasil. MS, Política Nacional de Atenção Básica, 2012, p. 25).

Considerando que o acesso às ações e serviços de saúde deve ser iniciado através das portas de entrada do SUS, a atenção básica, enquanto principal porta de entrada deve cumprir algumas funções para contribuir com o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde, sendo elas:

I - Ser base: ser a modalidade de atenção e de serviço de saúde com o mais elevado grau de descentralização e capilaridade [...]; II - Ser resolutive: identificar riscos, necessidades e demandas de saúde, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo [...]; III - Coordenar o cuidado: elaborar, acompanhar e gerir projetos terapêuticos singulares, bem como acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS.

Atuando como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção, responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários por meio de uma relação horizontal, contínua e integrada, com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral; IV - Ordenar as redes: reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando-as em relação aos outros pontos de atenção, contribuindo para que a programação dos serviços de saúde parta das necessidades de saúde dos usuários (Brasil. MS, Política Nacional de Atenção Básica, 2012, p. 25-26).

Desta maneira, é sempre muito importante verificar como está conformada a rede de Atenção Básica do território, para que seja possível garantir o acesso dos usuário de maneira eficiente aos serviços de saúde.

3.1.1 Rede de Atenção Primária em Aracaju

A atenção primária em Aracaju é desenvolvida através de vários programas, serviços e ações. Sendo eles:

Programas de Saúde desenvolvidos pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS):
 Saúde da Família; Saúde da Criança e do Adolescente; Saúde Bucal; Saúde da Mulher; Saúde do Homem, Adulto e Idoso; Saúde do Trabalhador; Saúde na Escola; Academia da Cidade; DST, AIDS e Hepatites Virais; Combate à Dengue; Controle da Hipertensão e Diabetes; Controle de Tuberculose e Hanseníase; Controle do Tabagismo; Controle da Leishmaniose Visceral (Calazar); Estratégia Nacional de Alimentação Saudável – ENPACS; Projeto Curta SUS, Projeto EspaSUS
 Núcleo de Prevenção de Violências e Acidentes (Nupeva)
 Núcleo de Nutrição (Portal SMS, 2016).

O Programa Saúde da Família (PSF) tem como um de seus princípios a existência e atuação de equipes denominadas Equipes de Saúde da Família (ESF), as quais são compostas por “um médico generalista ou de saúde da família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde”. Este quantitativo pode variar de acordo com o número de pessoas que são assistidas pelas equipes, que geralmente gira em torno de 550 pessoas (TAVARES, 2009, p.71).

Conforme a autora acima, esta configuração representa a equipe mínima necessária dentro do PSF e que dispõe de recursos predefinidos, porém, este formato pode ser ampliado com a inserção de outros

profissionais, cujas contratações ficam a cargo dos municípios, se assim necessitarem e dispuser dos recursos financeiros necessários.

Vale salientar que o processo de formação da Atenção Primária em Aracaju está intrinsecamente ligado ao processo de Reforma Sanitária em Sergipe.

Em 1980 foram anunciadas algumas ações relacionadas à ampliação da cobertura das ações e serviços prestados pela Secretaria Estadual de Saúde através de recursos do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento-PIASS, proporcionando a ampliação da rede para 94 postos de assistência médica, ainda assim, a Secretaria Estadual de Saúde apresentava pouca expressividade na condução dessa política. (TAVARES, 2009).

Porém, esse processo e suas ações “caracterizavam-se pela descontinuidade, pela não integralidade da assistência e pela fragmentação dos serviços, sem impactar e alterar efetivamente o quadro sanitário” e de saúde (TAVARES, 2009, p.120).

Neste sentido, se considera que, apesar da concepção hegemônica de Atenção Primária-APS à Saúde estar presente nesse momento em nosso país, os impactos produzidos nessa direção foram pequenos, já que as ofertas de serviços de saúde ainda eram realizadas pelo INAMPS e SESP.

No caso do primeiro, assistência era especialmente curativa e direcionada àquela população segurada e no segundo a atuação era direcionada para o interior do Estado, “principalmente com a população rural, não segurada, nas áreas de endemias” (TAVARES, 2009, p.121).

Sendo assim, a denominada “APS seletiva”, predominante nos países considerados “em desenvolvimento”, passou a influenciar o modelo de prestação dos serviços de saúde no nosso país, mas sem produzir, no quadro sanitário local, o alto impacto preconizado na proposta (TAVARES, 2009).

Dessa maneira a autora afirma:

Como pontuado, o reforço era da assistência hospitalar especializada, na contra-mão da estruturação da assistência básica, deixando a população à mercê dos esquemas eleitorais e das doenças infecto-contagiosas como os surtos de sarampo, tifo e hanseníase (TAVARES, 2009, p.128).

O foco até então não estava na construção de um sistema de saúde direcionado ao favorecimento dos serviços básicos e para todos.

Após vários encontros e tentativas de organizar a prestação dos serviços de saúde em Sergipe e em especial em Aracaju, somente em 09 de março 1986, ocorreu a I Conferência Municipal de Saúde de Aracaju, que diferentemente dos encontros anteriores, contou com ampla participação dos trabalhadores e usuários da saúde e as discussões e temas tinham foco na “análise de conjuntura, na reorganização da rede básica de saúde e nas formas de participação popular” (TAVARES, 2009, p. 137).

A partir da criação do SUS, com o advento da Constituição Federal de 1988 e reconhecimento do direito à saúde, inserido na perspectiva da seguridade social, se evidenciou ainda mais a necessidade de adequação das leis estaduais e municipais para regulamentação e viabilização desse direito nos níveis dos estados e municípios. Neste sentido, segundo a autora, isso fez com que:

[...] no nível local, o processo de mobilização e discussão da Constituição Estadual fosse ativado. A partir de então, a atenção e mobilização dos movimentos sociais de Sergipe foram focadas para a garantia, nesse espaço, desses direitos assegurados na lei maior, tendo em vista os limites da composição partidária da Assembleia Estadual Constituinte, pouco favorável aos movimentos sociais (TAVARES, 2009, p. 153).

Anterior ao SUS houve a criação do SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde) em 1987, considerada uma como etapa transitória ao SUS, influenciada pelas discussões e deliberações realizadas na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, em Brasília (TAVARES, 2009).

Desta maneira, conforme a autora:

O SUDS, assim, ficou conhecido como a fase da ‘estadualização’ da saúde, quando as ações de saúde migraram para esse nível de governo, o que provocou tensões com os “dinossauros” do INAMPS e o Ministério da Saúde, insatisfeitos com a perda e deslocamento do poder (TAVARES, 2009, p.47).

Após a implantação do SUDS em Sergipe e considerando as novas perspectivas das esferas estadual e municipal no que se refere à prestação dos serviços de saúde, “no início de 1988, foi elaborado o documento ‘Considerações sobre o Modelo Assistencial em Saúde para o Município de Aracaju’, pela equipe do Departamento de Planejamento da Secretaria de Saúde” (TAVARES, 2009, p. 148).

O documento citado acima, elaborado a partir da análise da situação específica de Aracaju, defendia que deveria ser atribuída aos municípios a maior parcela de responsabilidade pela prestação e garantia da assistência à saúde da população (TAVARES, 2009).

Além disso, propunha “que o processo de descentralização e integração, já proposto nas AIS⁴, deveria avançar na perspectiva de integração efetiva das redes, de superação do paralelismo e da diluição de recursos” (TAVARES, 2009, p 46).

Ainda sobre o documento, a autora explica que:

Como proposta de modelo assistencial para Aracaju, o referido documento estabeleceu a organização da rede municipal em cinco distritos sanitários, cujos princípios de organização foram assim definidos: - Integralização das ações de saúde de modo a superar a dicotomia prevenção\cura;- Universalização do atendimento de modo a contemplar todos os segmentos sociais;- Equanimidade do atendimento por todos os serviços de saúde e profissionais vinculados ao SUDS sob a forma de convênio, contrato e credenciamento;- Descentralização da gestão operativa para conferir ao Distrito Sanitário autonomia administrativa; - Hierarquização dos serviços com a articulação funcional das unidades de saúde organizadas por níveis de atenção e o estabelecimento de mecanismos que garantam a referência e contrareferência da clientela dentro do sistema; - Estabelecimento do conjunto de ações a serem ofertadas e a determinação do grau de resolubilidade dessas ações;- Adscrição da clientela à unidade de saúde situada num espaço geográfico definido;- Estabelecimento da gestão colegiada, como critério de administração nos diversos níveis organizacionais, incluída a representação popular e dos trabalhadores da saúde no planejamento, controle e avaliação dos serviços (TAVARES, 2009, p.149 apud SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 1988, p. 19 e 20).

⁴ Ações Integradas de Saúde – AIS. Criado em 1982, com o intuito de incorporar “os princípios de universalização, equidade, descentralização, regionalização e fortalecimento do poder público” (TAVARES, 2009, p 46).

O modelo proposto e descrito acima foi considerado um grande avanço ao idealizar de maneira global a rede e promover sua sistematização a fim de favorecer o “acesso ao sistema e, nesse bojo, a integralidade da assistência” (TAVARES, 2009, p. 150).

Contudo, alguns limites foram postos a concretização dessa proposta. Entre as questões colocadas estão: a elaboração da proposta de forma restrita pelos técnicos, desprezando todo “razoável acúmulo de discussão sobre o quadro sanitário sergipano” bem como “as propostas para a construção de um sistema único de saúde” pelos movimentos sociais da saúde; além de conceber um sistema, que supervaloriza os aspectos biológicos, desconsiderando as questões subjetivas e culturais que podem influenciar nas condições e necessidades de saúde da população (TAVARES, 2009, p. 151).

Atualmente existem 44 unidades de saúde⁵ distribuídas entre os bairros do município de Aracaju os quais contam com o Programa Saúde da Família (PSF), sendo este, uma ferramenta criada pelo Ministério da Saúde em 1994, com o papel de proporcionar a implementação do SUS (TAVARES, 2009).

3.1.2 Atenção Hospitalar: conceitos, história e características

Assim como ocorreu com a atenção primária, a atenção hospitalar também passou por mudanças, as quais envolveram os processos de redefinição do papel da assistência hospitalar dentro do sistema de saúde bem como a reorganização interna dessas unidades, além de ações nos âmbitos assistencial e administrativo (BRAGA NETO, et al, 2008).

A fim de acompanhar as diversas mudanças ocorridas na atenção hospitalar, atualmente existem diversos tipos de hospitais, porém, independentemente da diversidade e peculiaridades de cada um, todos possuem uma característica em comum que nos permite denominá-los como hospital, ou seja, são instituições de serviços de assistência à saúde que prestam cuidados à saúde de seus pacientes em leitos em regime de internação durante as 24 horas do dia (BRAGA NETO, et al, 2008).

⁵ Verificar anexo B pag.68 – Cartilha sobre os serviços de saúde em Aracaju fornecida pela Secretária Municipal de Saúde.

Cabe destacar que o regime de internação não é uma característica exclusiva de unidades hospitalares, já que existem estabelecimentos chamados de **unidade mista**, onde, apesar de serem de pequeno porte e baixa complexidade, há existência de alguns leitos destinados a internação (BRAGA NETO et al, 2008).

Neste sentido, percebe-se a existência de outras categorias que fazem parte do universo hospitalar que são: o **Leito Hospitalar** e a **Internação**.

O primeiro se caracteriza como sendo uma cama enumerada e identificada, utilizada pelo paciente durante seu período de internação. Este leito pode estar localizado em um quarto ou enfermaria que são vinculados a uma unidade de internação de um serviço hospitalar. Já o segundo, representa a maneira de cuidar e admitir os pacientes em um leito por um período igual ou superior a 24 horas, conforme os autores acima.

Conforme dito acima, atualmente existe uma grande diversidade de tipos de tipos de hospitais, estes, são classificados a partir de critérios pré-estabelecidos. Esta classificação foi criada com o intuito de permitir o aprofundamento do conhecimento em relação a estes serviços e a partir daí poder melhor avaliá-los, além de proporcionar a possibilidade de comparação com outras unidades.

De maneira geral, os sistemas de classificação hospitalar utilizam os seguintes critérios classificatórios:

- 1) O porte dos estabelecimentos, resultando em (Brasil, 2004b): hospital de pequeno porte: capacidade de até 50 leitos; hospital de médio porte: capacidade de 51 a 150 leitos; hospital de grande porte: capacidade de 151 a 500 leitos; hospital de capacidade extra: capacidade acima de 500 leitos.
- 2) O perfil assistencial nos estabelecimentos: por exemplo, hospital de clínicas básicas, hospital geral, hospital especializado, hospital universitário e de ensino e pesquisa.
- 3) O nível de complexidade das atividades prestadas pela unidade hospitalar: hospital de nível secundário, de nível terciário ou quaternário.
- 4) O papel do estabelecimento na rede de serviços de saúde: hospital local, regional, de referência estadual ou nacional (BRAGA NETO, et al, 2008, p. 668).

Além desses critérios, as unidades hospitalares também podem ser classificadas conforme o seu regime de propriedade, ou seja, unidades públicas ou privadas. E os públicos são definidos a partir da esfera de governo

as quais pertencem, podendo ser federal, estadual e municipal e a partir da modalidade jurídico - institucional sob a qual estão submetidas, divididos em: “administração pública direta ou indireta na forma de autarquia, fundação ou empresa estatal” (BRAGA NETO, et al, 2008, p. 669).

Conforme os autores citados acima, no caso dos estabelecimentos de caráter privado, podem ser classificados como entidades com ou sem fins lucrativos. Além disso, podem ser divididos a partir do tipo de clientela a qual atendem existindo pacientes do SUS através de convênios ou contratos, pacientes particulares e pacientes beneficiários de planos privados de saúde.

Os dados e informações sobre os hospitais no Brasil são obtidos através de alguns sistemas existentes, um importante sistema utilizado para esta fim é o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), onde todo e qualquer estabelecimento de saúde existente e em funcionamento em território nacional deve ser cadastrado e atualizar suas informações com frequência. Com esse sistema é possível obter informações detalhadas sobre os estabelecimentos, tais como: número e tipos de leitos, equipamentos de que as unidades dispõem tipos de demanda, entre outras (BRAGA NETO, et al, 2008).

Ainda conforme autores acima, o CNES ainda não é utilizado como única fonte de informações já que se encontra em processo de aprimoramento. Desta forma, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) também contribui para o levantamento de dados acerca do sistema hospitalar no país através da Pesquisa Assistência Médico – Sanitária (AMS), a qual era utilizada como única fonte de dados antes da implantação do CNES. É importante salientar que os sistemas de informações são importantes, pois possibilitam conhecer de maneira mais ampla a oferta de serviços hospitalares e assim poder planejar ações de maneira mais eficaz.

As informações descritas até o momento dizem respeito ao modelo de hospital e como este se configura atualmente no Brasil, porém, nem sempre foi dessa maneira.

A entidade hospital está presente na história da humanidade há bastante tempo, e sua evolução esteve sempre associada a dois blocos de variáveis, sendo de um lado as mudanças políticas, econômicas, sociais e culturais e de outro lado as grandes descobertas científicas e avanços tecnológicos.

O registro mais antigo sobre o surgimento do hospital data do início do século IV d.c. em um contexto em que prevalecia a crença em milagres e curas realizadas por Cristo. Estes estabelecimentos surgem associados e sob a tutela e orientação das entidades religiosas, tanto que eram chamados de “casas de Deus” ou “casas de misericórdia”. Porém, a prática de prestar assistência em caso de doença já existia anterior a este período, durante a Idade Média entre as populações mulçumanas, judias e cristãs (BRAGA NETO, et al, 2008, p. 671).

Os hospitais desse momento histórico não eram direcionados a prática da cura propriamente dita, as ações eram desenvolvidas no âmbito religioso espiritual e funcionavam como um espaço para transição entre a vida e a morte.

Além disso, estes lugares tinham uma função social, já que promoviam a separação e exclusão de indivíduos doentes do restante da sociedade, que em sua maioria eram pobres. Desta maneira, se caracterizavam como uma “instituição basicamente destinada aos pobres” (BRAGA NETO, et al, 2008, p. 671).

Apesar de ter sido bastante difundido no continente europeu, ao longo da idade média, esse modelo nunca se constituiu como uma instituição médica com fins terapêuticos, sendo superado a partir do estabelecimento das “bases fundacionais do hospital moderno” por volta da segunda metade do século XVIII” (BRAGA NETO, et al, 2008, p.672 apud FOUCAULT,1979).

O processo de transição do hospital existente na idade média para o chamado hospital moderno esteve cercado por diversos acontecimentos. Esses estão relacionados às mudanças no contexto político, econômico e cultural ocorridas na época. A responsabilidade da prestação de cuidados a saúde da população que foi pouco a pouco sendo transferida da igreja para o estado, foi uma das importantes mudanças que contribuirão para o processo de construção do hospital moderno.

Neste momento as instituições hospitalares passaram a ser gerenciadas pela administração pública e ter como fonte de financiamento, recursos públicos ao invés de doações (BRAGA NETO, et al, 2008).

Entre as transformações ocorridas no contexto econômico que influenciaram no processo de transição do modelo hospitalar, está a primeira

Revolução Industrial a qual provocou mudanças substanciais no cenário da atenção à saúde da população, já que a partir desse momento passou-se a constituir “uma nova mentalidade e atitude social diante dos problemas comunitários”, provocada em certa medida, pelas novas configurações do mundo do trabalho (BRAGA NETO, et al, 2008, p.672).

A partir daí novos valores passaram a influenciar a sociedade, os quais favoreceram a construção de grandes unidades hospitalares em várias cidades europeias. Além disso, o século XVIII também foi o período em que muitos estudos a respeito do tema hospital foram desenvolvidos.

A partir do século XIX houve um considerável avanço científico e tecnológico nas diversas áreas do conhecimento, inclusive na medicina. Foi neste período também que o Estado passou a financiar o desenvolvimento de pesquisas científicas dentro das universidades e institutos de pesquisa.

Com o avanço científico e tecnológico e a intensiva produção de conhecimento, o pensamento e a prática médica também começam a incorporar novas percepções e técnicas, além de “diversas iniciativas voltadas para modernização das dependências hospitalares”. Desta maneira, a instituição hospitalar passa a se transformar no espaço ideal para a prática e desenvolvimento desses novos conhecimentos além de adquirir a concepção terapêutica de suas ações (BRAGA NETO, et al, 2008, p.673).

Ainda no século XIX diversas descobertas e inovações contribuíram de maneira decisiva para a construção do hospital moderno, entre elas estão:

[...] a enfermagem se profissionaliza; [...] a descoberta de novas substâncias anestésicas; [...] a adoção de normas mais rigorosas de higiene [...] e desinfecção do ambiente hospitalar; [...] formulação da teoria microbiana, com a explicação para a etiologia das doenças infecciosas; [...] descoberta dos Raios-X. (BRAGA NETO, et al, 2008, p.675).

Enfim, esse conjunto de inovações ao longo do século XIX e primeiras décadas do século XX influenciaram de maneira significativa a medicina e a prática médica e transformaram o hospital no “estabelecimento–sede da medicina de ponta” (BRAGA NETO, et al, 2008, p.675).

A partir daí a oferta desse tipo de estabelecimento sofreu grande aumento nos países desenvolvidos e o hospital adquire definitivamente sua legitimidade social e passa a compor a base do modelo de atenção a saúde predominante no século XX (BRAGA NETO, et al, 2008).

O período pós-segunda guerra até meados dos anos 70 é considerado a ‘era de ouro’ da assistência médico-hospitalar, devido algumas circunstâncias políticas, econômicas e sociais colocadas neste período. Segundo os autores: “Essa é a época em que os chamados Estados do Bem-Estar social (WelfareStates) se configuram e em que há uma marcada expansão das políticas sociais nesses países” (BRAGA NETO et al, 2008, p.676).

Neste sentido, a assistência à saúde como parte integrante dessas políticas sociais, também passou por um processo de expansão. Em grande parte dos países europeus o direito a saúde passou a ser reconhecido e sistemas nacionais de saúde passaram a ser desenvolvidos “como estratégia para garantia do acesso gratuito e universal a saúde” (BRAGA NETO et al, 2008, p.676).

Esta expansão esteve atrelada a “reprodução e aprofundamento de um modelo de atenção à saúde de base hospitalar” (BRAGA NETO et al, 2008, p.676). Apesar de existir também neste momento um processo de ampliação da atenção primária, o hospital e a prestação de serviços à saúde através deste equipamento tinham uma consagrada reputação baseada na sua trajetória histórica de desenvolvimento profissional e tecnológico. Sendo assim:

O hospital, assim, exerce um papel destacado no processo de atenção. Símbolo de prestígio profissional, sofisticação tecnológica, conforto e segurança para o paciente, ele se torna o centro dos sistemas de saúde; e os sistemas de saúde, cada vez mais configurados à sua feição, são chamados de hospitalocêntricos (BRAGA NETO et al, 2008, p. 677)

Contudo, apesar dos grandes avanços em termos de atenção à saúde, alcançados com os sistemas de base hospitalar, “o modelo hospitalocêntrico acarreta um crescimento enorme e incessante dos custos assistenciais” (BRAGA NETO et al, 2008, p.677).

Desta forma, os autores acima afirmam que o considerável crescimento da medicina hospitalar e dos estabelecimentos hospitalares trouxe consigo grandes preocupações relacionadas às dificuldades para o seu financiamento e à necessidade de buscar alternativas de gestão que fossem compatíveis com a organização hospitalar (BRAGA NETO et al,2008).

3.1.3 Atenção hospitalar no Brasil

A atenção hospitalar no Brasil é estruturada a partir da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), instituída através da portaria nº 3.390/2013/MS, a qual dispõe sobre as diretrizes que se aplicam a todos os “hospitais, públicos ou privados, que prestem ações e serviços de saúde no âmbito do SUS”. (Art. 2º, Portaria 3.390/2013/MS).

Ainda de acordo com o documento citado, os hospitais são caracterizados como instituições de caráter complexo, dotado de vasto aparato tecnológico, composto por equipes multiprofissional e interdisciplinar. Neste sentido, são responsáveis pelo atendimento aos usuários em situações agudas ou crônicas de saúde, que apresentem grande possibilidade de instabilização ou agravamento em seu quadro de saúde, necessitando assim, “de assistência contínua em regime de internação e ações que abrangem a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação” (Art. 3º, Portaria 3.390/2013/MS).

Já em seu art. 4º inciso 1º “os hospitais, enquanto integrantes da RAS, atuarão de forma articulada à Atenção Básica de Saúde” e esta funciona como base reguladora, conforme preconiza a Política Nacional de Atenção Básica (Art. 3º, Portaria 3.390/2013/MS).

Sendo assim, a relação entre atenção básica e hospitalar se dá mediante a necessidade que a primeira possui de realizar sua função de maneira mais adequada para que a segunda também exerça seu papel legitimamente.

Contudo, em alguns casos, falhas durante esse processo podem ocasionar problemáticas tais como a superlotação, comumente encontradas nos serviços públicos de saúde inclusive nos hospitais de média e alta complexidade. Geralmente nesses casos, os atendimentos demoram mais do

que o normal para serem realizados, os pacientes ficam em corredores, acomodados de maneira desordenada em cadeiras de rodas ou macas, entre outros acontecimentos que estão relacionados a esta situação

Assim de acordo com Bittencourt e Hortale:

A superlotação nos Serviços de Emergência Hospitalar (SEH) é um fenômeno mundial, caracteriza-se por: todos os leitos do SEH ocupados; pacientes acamados nos corredores; tempo de espera para atendimento acima de uma hora; alta tensão na equipe assistencial; grande pressão para novos atendimentos. Indica, em última instância, baixo desempenho do sistema de saúde, como um todo e do hospital em particular, e induz a baixa qualidade assistencial (BITTENCOURT e HORTALE, 2009, p. 1439).

Dessa maneira, apreender quais as causas e consequências dessa problemática se torna imprescindível para promover a sua superação e efetivação de uma saúde dentro dos parâmetros estabelecidos.

Sobre os fatores que contribuem para a superlotação, os autores afirmam:

[...] o aumento do tempo de permanência no SEH é o principal marcador da superlotação; a falta de leitos para internação a principal causa; e o atraso no diagnóstico do tratamento, a principal consequência, levando ao aumento da mortalidade (BITTENCOURT e HORTALE, 2009, p. 1439).

Neste sentido, compreende-se que a superlotação é um fator de extrema relevância a ser considerado ao se tratar de problemáticas relacionadas à atenção hospitalar, bem como ao desempenho de toda Rede de Atenção à Saúde, visto que a saúde deve ser efetivada mediante o cumprimento de seus princípios e diretrizes, já elencados no capítulo anterior.

CAPÍTULO 4

APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

4.1 Cenário da Pesquisa:

4.1.1 Hospital de Urgência de Sergipe – HUSE⁶

Hospital de Urgência de Sergipe (HUSE), anteriormente designado como Hospital Governador João Alves Filho⁷, abriu suas portas em 2 de fevereiro de 1987, mas sua inauguração oficial data de 7 de novembro de 1986.

Inicialmente, possuía uma equipe composta por aproximadamente 500 profissionais, sendo 112 médicos, 30 enfermeiros, 96 auxiliares de enfermagem e 200 funcionários de apoio. Até o ano de 2011, o HUSE possuía em seu quadro funcional aproximadamente 3,2 mil funcionários, dos quais 1.722 estatutários e 1.512 celetistas, contratados por meio de concurso público após a implantação da Fundação Hospitalar de Saúde.

Atualmente a instituição presta atendimento em diversas especialidades como: clínica geral, pediatria, ortopedia, cardiologia, oncologia, cirurgia geral, cirurgia plástica, torácica e vascular. Além, oferece também os serviços dos profissionais das áreas de Serviço Social, cirurgia buco-maxilar, farmacêuticos, anestesiólogistas, fisioterapeutas, enfermeiros, entre outros.

O complexo hospitalar, tal qual foi apreendido durante a pesquisa, foi inaugurado em 16 de dezembro de 2010 e compreende 13 alas de internação e capacidade física instalada de 490 leitos. Além de possuir a maior urgência e emergência do Estado, divididas entre as áreas Azul, Verde e Vermelha. O hospital dispõe ainda de Unidade de Tratamento Intensivo (UTI-Adulto), Semi-Intensiva Adulto, Central de Tratamento Intensivo Pediátrica - CTI-PED, Centro Cirúrgico com nove salas cirúrgicas (seis delas em operacionalização) e uma Sala de Recuperação Pós-Anestésico (SRPA).

Como visto, o cenário escolhido como campo empírico desta pesquisa

⁶ As informações sobre o HUSE foram extraídas do site da Fundação Hospitalar de Saúde – FHS, que é entidade integrante da Administração Pública Indireta do Poder Executivo do Estado de Sergipe. Criada em 02 de janeiro de 2008, com finalidade de prestar serviços de saúde em todos os níveis de assistência hospitalar no Estado de Sergipe.

⁷ A alteração de nomenclatura da unidade hospitalar se deu a partir da implantação da FHS em 2008.

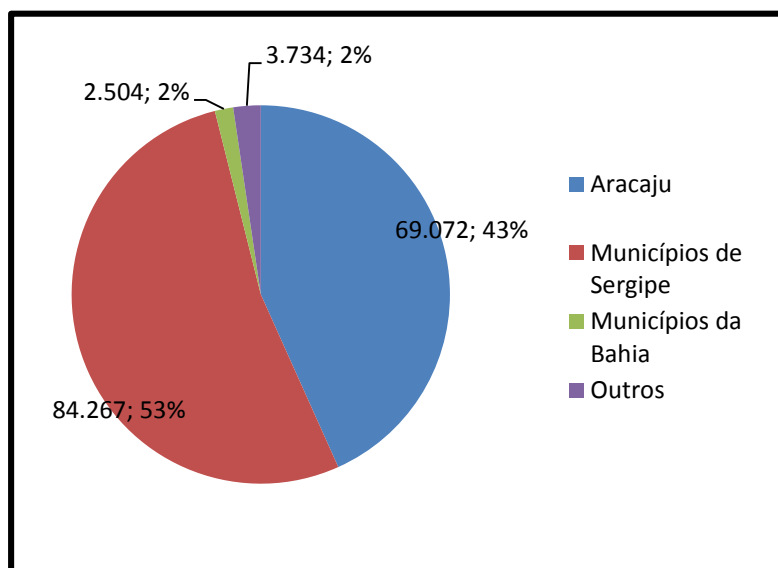
foi o Hospital de Urgência de Sergipe – HUSE, devido seu grande volume de atendimentos, considerado hoje o maior hospital público e principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) para os casos de alta complexidade de Sergipe.

Este estabelecimento se enquadra na classificação de hospital de grande porte, já que sua capacidade instalada está entre 151 a 500 leitos. Os serviços prestados são, como visto acima, considerados de alta complexidade, pois suas atividades estão a nível terciário.

4.2 Análise dos dados

Os dados apresentados abaixo foram obtidos através das pesquisas documental e de campo. A primeira se deu através de levantamento dos atendimentos relativos ao ano de 2015, registrados no HOSPUB. A segunda foi desenvolvida na recepção do Pronto Socorro adulto do HUSE, por meio da aplicação de 10 formulários durante o agosto de 2016.

Gráfico 1 – Procedência da demanda

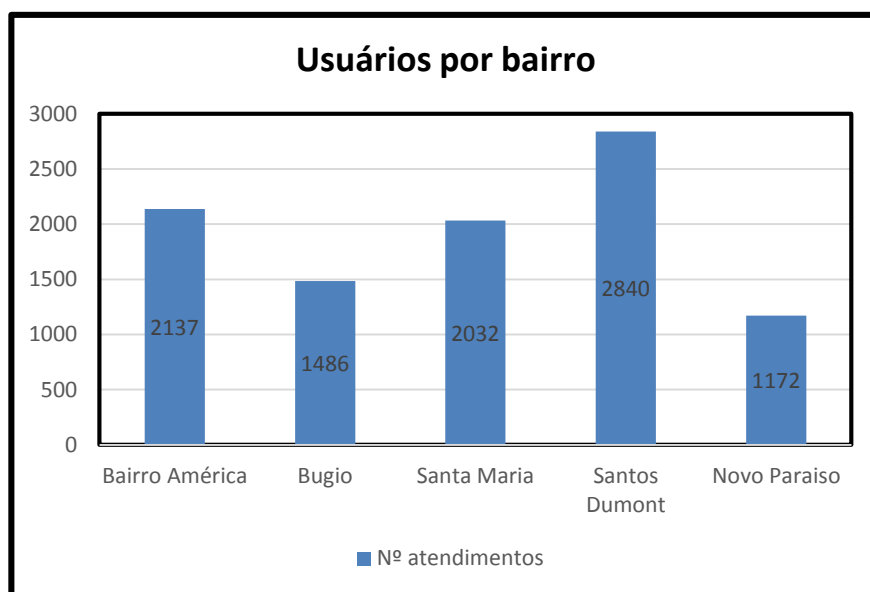


Verificou-se com base nos dados coletados do HOSPUB, que no ano de 2015 foram realizados 159.577 atendimentos, incluindo os atendimentos de Urgência e Emergência, internações, além de consultas no Ambulatório de

Oncologia e de Radioterapia, atingindo uma média de 13.293 atendimentos por mês.

Do total desses atendimentos, 69.072, o que equivale a 43%, foram à pacientes procedentes do município de Aracaju, com a presença de praticamente todos os bairros do município. Abaixo os bairros de Aracaju com maior incidência nos registros de atendimentos.

Gráfico 2 - Bairros com maior registro de atendimentos



Considerando que a porta de entrada dos usuários para o SUS são as Unidades Básicas de Saúde (UBS), cabe aqui refletir sobre o grande percentual de atendimentos procedentes do município de Aracaju realizados no HUSE e mais especificamente dos bairros acima, já que em todos eles existe pelo menos uma unidade básica de saúde, sendo que em alguns existem duas ou mais unidades como é o caso do Bairro América, Santos Dumont e Santa Maria.

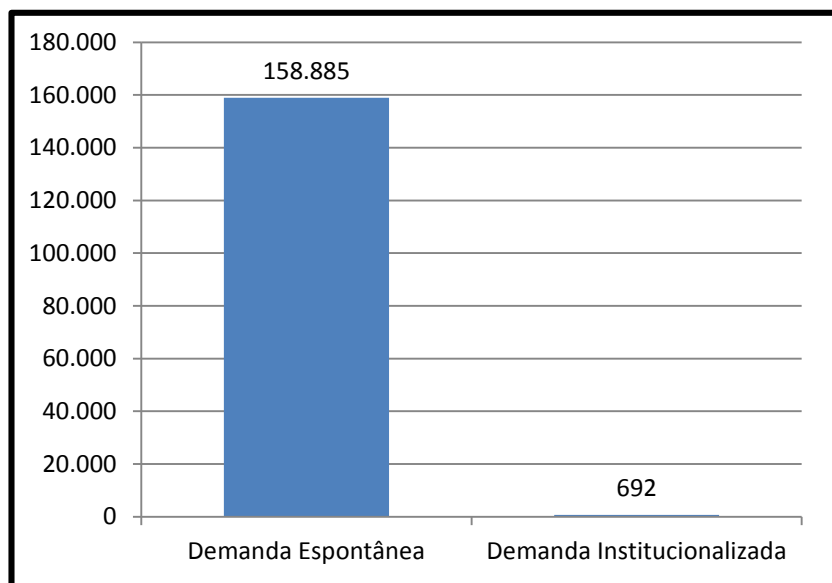
Possivelmente, esta grande demanda seja justificada por prováveis falhas no sistema de atenção primária do município, tais como: incompatibilidade no número de servidores em relação à demanda, o que gera restrição dos atendimentos; problemas relacionados à estrutura física das unidades de saúde; demora no agendamento e realização de consultas e principalmente exames etc.

Considerando verdadeira esta possibilidade, compreende-se que o setor saúde em Aracaju não vêm seguindo as leis que a regulamentam, pois não tem oferecido as condições para garantia do direito à saúde. Uma vez que os usuários da atenção primária têm recorrido aos serviços de média e alta complexidade.

Neste sentido, entendemos que a condição atual da atenção primária em Aracaju possui grande responsabilidade sobre o elevado número de atendimentos registrados.

Conforme a Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, em seu art. 2º diz que a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

Gráfico 3 – Tipo da demanda



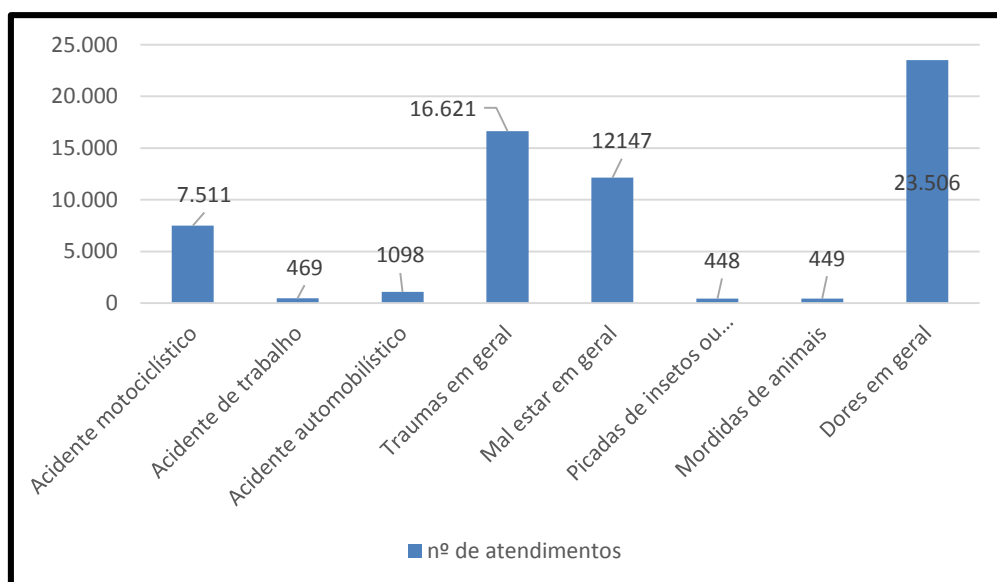
Considerando o contexto e características do HUSE, entende-se como demanda institucionalizada aquelas que atendem a uma série de procedimentos e que são gerenciados por outras instituições de saúde que pertencem à mesma rede. Ou seja, neste caso, demanda institucionalizada seria aquela proveniente de outras instituições de saúde, comunicada oficialmente de uma instituição para outra além de ser encaminhada via serviços de transporte institucionais.

Os dados coletados com base no sistema operacional utilizado na instituição apontam que de um total de 159.577 atendimentos realizados no ano de 2015, apenas 692 se enquadram como demanda institucionalizada, já que foram atendimentos registrados como procedentes de outras unidades de saúde e/ou outras instituições, bem como via atendimento do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

Com relação à demanda espontânea, compreende-se ser toda aquela em que o usuário procura a unidade de saúde inesperadamente, por motivos agudos ou por necessidades de saúde julgadas pelo próprio usuário, além de ser aquela que não obedece aos procedimentos necessários para enquadrar-se no tipo de demanda institucionalizada e que são procedentes de locais incertos.

Neste sentido, conforme o gráfico 3, a demanda espontânea registrada no ano de 2015 representa quase que 100% do total dos atendimentos registrados. O que corrobora com o argumento de que os usuários, em sua maioria, não se direcionam as unidades de saúde do nível da atenção primária e apresentam-se nos registros como essa demanda espontânea.

Gráfico 4 – Motivo dos atendimentos



O gráfico 4, foi construído a partir das queixas dos usuários registradas no ato do atendimento. Procurou-se organizá-las em grupos a partir das suas

similaridades ou equivalências, a fim de melhor compilar os dados, já que eram inúmeros os tipos de queixas.

É importante salientar que esses dados se referem aos atendimentos registrados em todas as portas de atendimento da unidade hospitalar, o que inclui a pediatria, oncologia e ambulatório de retorno. Por isso, procurou-se destacar as queixas mais comumente apresentadas no setor de urgência e emergência adulto.

Dito isso, é possível observar que 23.506 dos atendimentos, estão dentro do grupo classificado como “Dores em geral”. Dentro desse grupo estão queixas como: dor de cabeça, dor de barriga, dor de garganta, dor na coluna, entre outros.

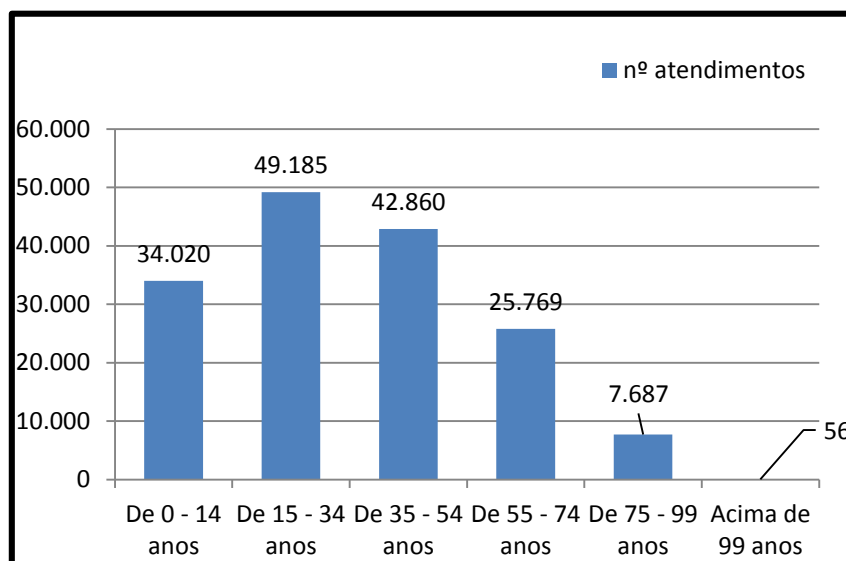
Da mesma maneira, o gráfico aponta que 12.147 atendimentos estão no grupo das queixas de “mal estar em geral”, composto por queixas como diarreia, febre, fraqueza, vômitos, náuseas e outros.

Todas essas queixas a princípio, não demandam nenhum tipo de intervenção ou tratamento mais específico ou com grau de complexidade elevado. Sendo assim, se deduz que poderiam ser atendidos nos serviços da rede de Atenção primária, tais como UBS's ou UPA's.

Quando somados, apenas 25.230 atendimento foram por motivos considerados de alta e média complexidade, considerando os grupos de acidentes motociclísticos, automobilísticos e traumas em geral.

Com base nisso, conclui-se que o HUSE vem absorvendo uma demanda que devido a sua característica poderia estar sendo recebida pela rede de Atenção Primária, tanto em Aracaju quanto nos outros municípios do Estado.

Gráfico 5 - Faixa Etária



Os dados do gráfico 5 mostram os atendimentos a partir da faixa etária dos usuários. Observa-se que a maior parte está encontrada nas faixas de 15 a 34 e 35 a 54 anos, o que equivale a 58% dos atendimentos registrados.

Os dados evidenciam a ocorrência de um fenômeno denominado envelhecimento populacional. Isso significa que até 2050 esta população estará entre as faixas etárias dos 45 a 84 anos, ou seja, haverá um aumento considerável da população idosa analisada.

Contudo, apesar de apontar as possíveis alterações do perfil epidemiológico dessa população, os dados indicam que a maior parte dos atendimentos realizados no HUSE no ano de 2015, foi a pessoas consideradas jovens ou adultas. O que demonstra a princípio, um processo de inclinação dos usuários em questão, pelo atendimento hospitalar ao oferecido pela Rede de atenção primária.

Essa frequente procura pode ser justificada tanto pela cultura hospitalocêntrica existente na política de saúde brasileira e já citada anteriormente, quanto pelo provável processo de desestruturação dos serviços de atenção primária, também já mencionados.

4.3 - Visão dos usuários do Hospital de Urgência de Sergipe (HUSE)

Perfil Característico dos Usuários:

Foram abordados um total de 10 usuários, durante o mês de agosto de 2016, na recepção de atendimento de Urgência e Emergência do Pronto Socorro adulto do HUSE.

Procedência: Todos do município de Aracaju

Sexo: Predominância do sexo feminino

Faixa etária: com maioria entre a faixa etária de 18 a 64 anos

Escolaridade: boa parte possui o ensino médio completo

A pesquisa teve como foco os usuários do município de Aracaju, já que este é o município escolhido como cenário deste estudo.

Dentre os bairros citados tivemos: dois usuários do bairro América; dois do bairro Santa Maria; um do bairro Industrial; uma da Cidade Nova; um do Jardim Centenário; um do bairro Santos Dumont; um do Olaria e um do Novo Paraíso.

Quanto à percepção do usuário, apresentamos as respostas dos mesmos constantes das questões abertas, com relação aos serviços de saúde da atenção primária em seu território e sobre o atendimento no HUSE, a partir de cada questionamento a seguir:

Você é atendido por algum desses programas: Programa Academia da Saúde / Programa Bolsa Família / outros?

Oito dos respondentes afirmaram não ser atendidos por nenhum tipo de programa oferecido. Os que afirmaram positivamente eram mulheres na faixa etária de 18 a 64 anos e afirmaram ser beneficiadas pelo o Programa Bolsa Família.

Este programa foi criado em outubro de 2003 como estratégia de transferência de renda para famílias com renda per capita de até 85 reais por mês ou entre 85 e 170 reais per capita, para famílias com crianças entre 0 e 17 anos⁸.

É importante salientar que a rede de Atenção Primária é formada por diversos programas que visam realizar o cuidado à saúde de maneira mais ampla, e em algumas situações, podem estar articulados com outras políticas como é o caso do Bolsa Família, que tem como exigências para permanência,

⁸ Cf. informações em:< <http://mds.gov.br/assuntos/bolsa-familia/o-que-e>>

manter atualizados o acompanhamento médico e calendário de vacinas das crianças.

Você é portador de alguma doença crônica? Se sim, recebe tratamento para esta doença através da unidade básica?

Do total, três afirmaram serem portadores de algum tipo de doença crônica e também afirmam receber tratamento via unidades básicas de saúde.

O tratamento e acompanhamento de doenças podem ser entendidos dentro do conjunto de ações desenvolvidas para atendimento das necessidades de saúde dos usuários, atendendo ao princípio do SUS, referente à **integralidade** do cuidado à saúde.

Você participa de algum desses grupos sociais: Associação de Moradores / Grupo de Educação em Saúde na USF / Conselho de Saúde?

Apenas um deles faz parte de grupo social, sendo este Conselho de Saúde.

Você possui Cartão Nacional de Saúde (cartão SUS)?

Todos os respondentes afirmam possuir cartão SUS.

O cartão do SUS apresenta-se como um importante instrumento de identificação dos usuários dos serviços de saúde, já que ele possibilita a vinculação de informações referentes aos procedimentos viabilizados pelo SUS, bem como aos profissionais e instituições onde foram realizados.

No seu bairro tem Unidade Básica de Saúde?

Todos os respondentes afirmam existir unidades básicas de saúde em seus bairros.

Apesar de afirmarem possuir UBS em seus territórios, os usuários abordados direcionaram-se a outro serviço em busca de atendimento. É possível que seu deslocamento seja provocado por uma deficiência ou conjunto de problemáticas envolvendo as unidades de saúde dos seus bairros.

Como você avalia as condições da estrutura física da sua unidade básica de saúde?

Quatro usuários avaliaram como boas, quatro como intermediárias, um como ruins e outro como péssimas.

Conforme a avaliação dos usuários é possível observar que questões relacionadas às condições estruturais das unidades estejam relacionadas ao fato de buscarem atendimento em outras instituições.

Você utiliza este serviço? Se sim, com que frequência?

Dois dos respondentes afirmaram não utilizar este serviço. Com relação à frequência de uso, cinco deles afirmou utilizar raramente, três até duas vezes por semana e dois pelo menos uma vez ao mês.

O fato de existirem os equipamentos e estes terem suas estruturas físicas avaliadas como boas ou intermediárias, pela maioria dos usuários abordados, não têm sido suficiente para que eles utilizem como primeira porta de entrada para resolver suas demandas de saúde, os serviços da rede de Atenção Primária.

Quais profissionais estão presentes na sua unidade de saúde?

Todos os respondentes afirmaram que as equipes eram formadas em sua maioria por: médico, enfermeiro, assistente social, auxiliar ou técnico de enfermagem, agente de saúde, agente de endemias e dentista. Equipe básica que forma a Equipe de Saúde da Família e que deve existir em todas as Unidades Básicas de Saúde.

O agente de saúde visita sua casa?

Entre os integrantes da ESF, o agente de saúde é um importante ator, já que desenvolve o seu trabalho no sentido de realizar um acompanhamento mais aproximado com os usuários de saúde de determinado território, onde são desenvolvidas estratégias de orientação e mediação desses usuários com os serviços oferecidos nas unidades básicas.

Oito dos dez respondentes afirmaram não receber a visita o agente de saúde em seus domicílios.

Você recebeu atendimento todas as vezes que você procurou a unidade básica de saúde?

Apenas dois afirmaram não ter recebido atendimento.

Você consegue realizar agendamentos de consultas e exames com que facilidade?

Quatro afirmaram não ter facilidade nenhuma, dois não conseguem agendar, um afirma ter pouca facilidade e três alegam ter grande facilidade.

Em que situação você costuma procurar o HUSE?

Seis dos respondentes afirmam procurar a instituição nas situações de maior gravidade, dois toda vez que precisam e dois quando não encontram atendimento em outro local.

Antes de procurar o HUSE, você se dirigiu ao posto de saúde ou outra unidade de atendimento à saúde? Foi atendido?

Oito dos usuários procuraram outra unidade de saúde antes de procurarem o HUSE. Quatro foram atendidos, três não.

Qual a sua queixa hoje?

Vale lembrar que as queixas foram apresentadas aqui tal qual os usuários relataram, sendo assim, algumas queixas como “infecção”, não pode ser entendida como queixa em si, mas como um diagnóstico que poderia ser comprovado ou não, somente após a avaliação dos sintomas existentes utilização de recursos como exames laboratoriais.

Este é mais um argumento que demonstra que a maioria dos usuários abordados nesta pesquisa poderiam ter se dirigido aos serviços de saúde da Atenção Primária de seus territórios.

Dos dez abordados, seis informaram dores em geral, dois por queda, um queixa de paralisia facial e um por infecção.

,

CONCLUSÃO

O presente trabalho foi realizado com base nos registros de atendimento do Hospital de Urgência de Sergipe – HUSE e a partir da aplicação de formulários de entrevista entre os usuários da mesma unidade hospitalar, fim de verificar como está conformada a atenção primária à saúde em Aracaju.

Para isso, foram retomadas historicamente as questões relacionadas à construção do direito à saúde no Brasil até a consolidação do SUS. Neste sentido, foi possível observar que a saúde de um país está relacionada às suas condições sociais.

Além disso, considerando a questão da saúde como uma “questão social” derivada de um processo de desigualdades, concluímos que o seu reconhecimento enquanto direito reflete a tentativa de enfrentamento dessas desigualdades.

Verificamos também que a política de saúde é constituída por princípios e diretrizes que a orientam para construção de um sistema capaz de realizar a promoção, proteção e recuperação da saúde.

Para que fosse possível alcançar o objetivo deste trabalho, procuramos também retomar os processos de construção da Atenção Primária a Saúde e Atenção Hospitalar no Brasil. Dessa maneira, foi possível apreender a importância da Conferência de Alma-Ata em meados da década de 1970, onde o tema da Atenção Primária foi discutido como o marco histórico para a difusão desse modelo de atenção à saúde, difundido no Brasil como Atenção Básica, através da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

Com relação à Atenção Hospitalar, compreendemos que esta é formada por diversos tipos de unidade hospitalar, cada uma com peculiaridades e características distintas.

De maneira geral os hospitais são classificados conforme sua capacidade de atendimento ou pelo seu regime de propriedade, podendo ser públicos ou privados com ou sem fins lucrativos.

Todos os aspectos desenvolvidos ao decorrer do trabalho foram relevantes para a construção de um entendimento claro e concreto a respeito do cenário do setor saúde no Brasil, além de promover razoável qualificação para desenvolver uma análise adequada. Foi possível certificar também que, a

relação entre atenção primária e hospitalar se dá de maneira mais intrínseca do que se imagina. A saúde, por se tratar de um sistema, deve funcionar de forma que todos os seus segmentos estejam alinhados e em conformidade com os princípios e diretrizes que orientam a política de saúde.

O trabalho de pesquisa foi dividido em dois momentos, sendo o primeiro realizado através da análise dos atendimentos realizados no HUSE durante o ano de 2015. O segundo momento da pesquisa foi realizado a partir da aplicação de formulários de pesquisa entre os usuários da mesma unidade hospitalar a fim de conhecer a realidade da atenção primária em Aracaju a partir dos seus usuários.

Ficou evidenciado nos dados que, o HUSE vem absorvendo grande demanda que, devido às características apontadas, não são próprias de uma unidade hospitalar de alta e média complexidade.

A maior parte dos atendimentos realizados no HUSE são característicos da atenção primária. Além disso, a faixa etária dos usuários atendidos, em sua maioria, varia de 15 a 54 anos, o que permite considerar que o elevado índice de atendimentos do HUSE, em grande parte, pode estar sendo motivado apenas pelo usuário, compreendido aqui, (a partir dos dados citados), como totalmente capaz de optar pelo tipo de atendimento que considera mais eficaz para si, evitando os serviços ambulatoriais dos locais onde residem, devido a precariedade dos serviços.

Além disso, foi possível comprovar que a unidade hospitalar vem passando por um processo de superlotação provocado por essa alta demanda formada por usuários que apresentam queixas comumente encontradas nos serviços de saúde da atenção básica, como é denominada a Atenção primária no Brasil.

Podemos afirmar que objetivo geral proposto foi atingido, visto que a pesquisa proporcionou a realização de um panorama rede de atenção primária de saúde de Aracaju, traduzida a partir dos resultados da pesquisa.

A aplicação enfrentou algumas dificuldades, pois a abordagem aos usuários se deu dentro da fila para registro do atendimento e os usuários em sua maioria, apresentaram resistência para responder às questões, seja por motivos relacionados à sua condição de saúde naquele momento, ou por receio do que poderia se tratar aquela abordagem.

As respostas analisadas revelaram que a rede de Atenção primária de Aracaju, apesar de ser formada por vários aparelhos e contar com programas de prevenção e promoção da saúde, não tem atingido seu público alvo de maneira eficaz, já que os mesmos tem recorrido ao serviço hospitalar, a fim de dar resolutividade aos seus problemas de saúde.

Os dados obtidos com a pesquisa colaboram positivamente, tanto para a compreensão dos fenômenos associados ao campo da saúde, neste caso especialmente, para o nível da atenção básica, quanto como fonte de informações para outros estudos.

Todavia, o conhecimento sobre o objeto de estudo não está esgotado, podendo servir de estímulo para novas pesquisas.

REFERÊNCIAS

- BITTENCOURT, Roberto José e HORTALE, Virginia Alonso. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2009, vol.25, n.7, p.1439-1454. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000700002>>.
- BRAGA NETO, Francisco Campos, et al. Atenção Hospitalar: evolução histórica e tendências. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro. Editora FIOCRUZ, 2008.
- BRASIL, Constituição Federal de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.html>. Acesso em: 21/03/2016.
- BRASIL, Ministério da Saúde, Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>.
- BRASIL, Ministério da Saúde, Política Nacional de Atenção Básica, 2012. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/pnab>>. Acesso em 21/03/2016.
- BRASIL, Ministério da Saúde. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. – 3. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 3.390 de 30 de dezembro de 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html>. Acesso em 21/03/2016.
- BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil 2001. Disponível em: <www.saude.mt.gov.br/ces/arquivo/2163/livros>. Acesso em 11/03/2016.
- CFESS, Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde, 2008, disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf>. Acesso em 17/02/16.
- COLLARES, Cecília Azevedo Lima, MOYSES, Maria Aparecida Affonso. A Transformação do Espaço Pedagógico em Espaço Clínico (A Patologização da Educação). Disponível em: <http://www.crmariocovas.sp.gov.br/pdf/ideias_23_p025-031_c.pdf>. Acesso em 06/08/2017.
- CONASS, 2011. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/biblioteca/atencao-primaria-e-promocao-da-saude/>>. Acesso em 08/08/2016.
- FHS. Fundação Hospitalar de Saúde. Disponível em: <http://www.fhs.se.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=78&Itemid=473>. Acesso em: 11/04/2016.
- FLEURY, Sônia. A Seguridade Social Inconclusa, 1994. P. 1-13. Disponível em: <http://app.ebape.fgv.br/comum/arq/pp/peep/cap_liv/seguridade_social.pdf>. Acesso em 12/03/2016.
- FONSECA, C. M. O. Trabalhando em saúde pública pelo interior do Brasil: lembranças de uma geração de sanitaristas (1930-1970). *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 5, n. 1, p. 393-411, 2000.

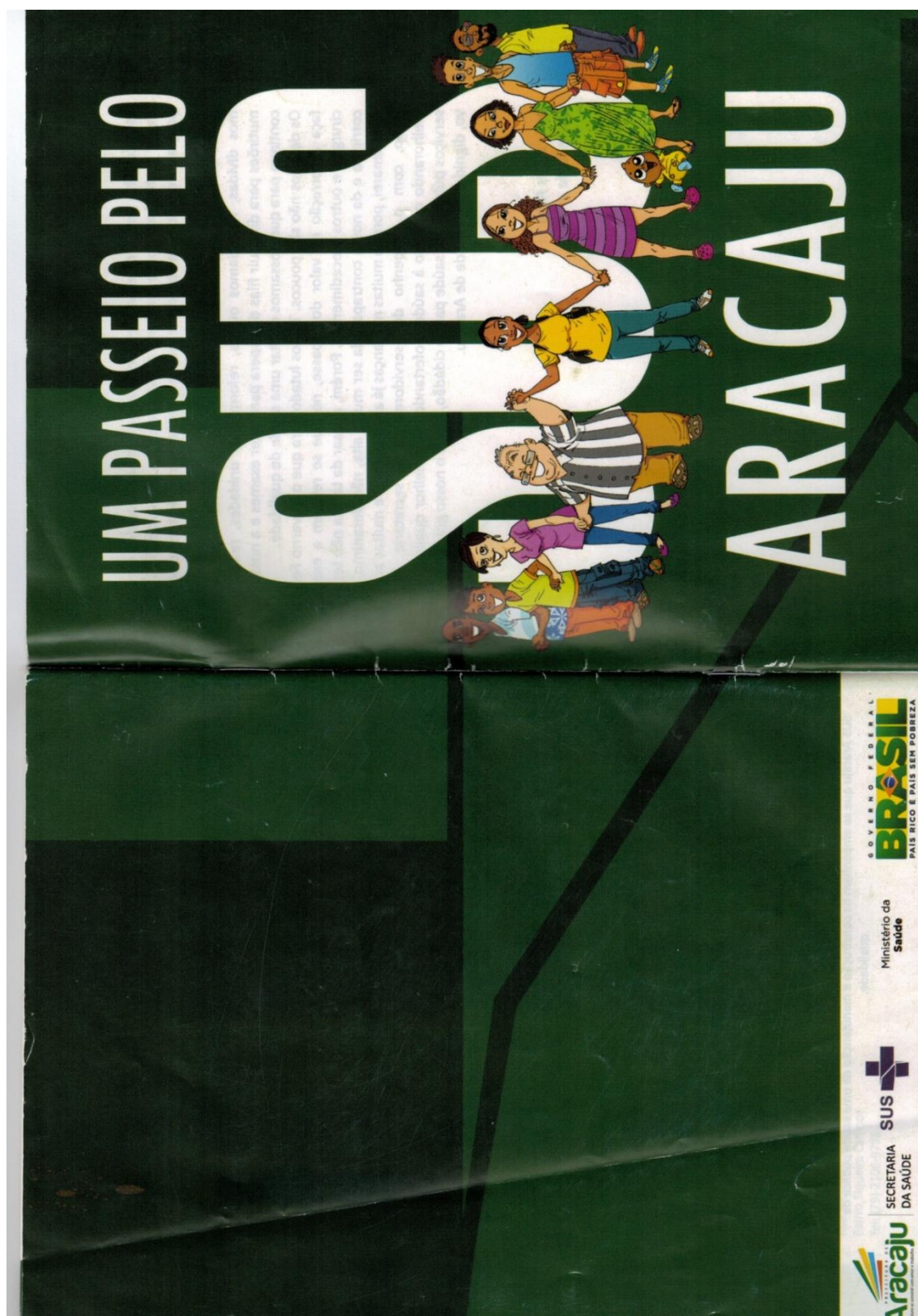
- GIL, Antônio Carlos. Como elaborar projetos de pesquisa. 5ª edição. São Paulo, Editora Atlas, 2010.
- GIOVANELLA, Ligia e MENDONÇA, Maria Helena Magalhães. Atenção Primária a Saúde. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro. Editora FIOCRUZ, 2008.
- HOCHMAN, Gilberto. Reformas, instituições e políticas de saúde no Brasil (1930-1945), 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/er/n25/n25a09.pdf>>. Acesso em 14/03/2016.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. Pesquisa social: Teoria, método e criatividade. 25ª Ed. Petrópolis, RJ, Editora Vozes, 2007.
- NETTO, José Paulo. Introdução ao estudo do método de Marx. São Paulo, Editora Expressão Popular, 2011.
- STARFIELD, BÁRBARA. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf>. Acesso em 25/01/2016.
- TAVARES, Maria Cecília. A inserção do Assistente Social no Programa Saúde da Família em Aracaju: os tempos de um movimento. Tese (Doutorado em Serviço Social), PUC - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo. 2009.
- TEIXEIRA, Carmem. Os princípios do SUS, 2011. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS_PRINCIPIOS_DO_SUS.pdf>. Acesso em 21/03/2016.

ANEXOS

Anexo A – Mapa de Sergipe dividido por regiões



ANEXO B – Cartilha sobre os serviços de saúde em Aracaju



Superando desafios para o cidadão

Esta cartilha tem o objetivo de informar da melhor maneira e com a maior praticidade como funciona o Sistema Único de Saúde (SUS), um programa criado para atender a todo o cidadão dentro do território brasileiro, e aqui na nossa cidade, Aracaju, não seria diferente, visto que desde que assumimos temos resolvido os problemas herdados. Quitamos dívidas, negociamos outras, reformamos unidades, realizamos mutirões para diminuir filas de espera para fazer exames e a nossa luta continua para que possamos ofertar uma saúde de qualidade.

Os desafios não são poucos. Temos lutado para que o Governo Federal faça a correção no valor do repasse, no que se referem a exames, cirurgias e outros procedimentos. Porém, apesar da tabela não ter sido corrigida e da nossa contrapartida ser muito alta, não desanimamos, nem desanimarei, porque muitas mudanças já aconteceram e muitas acontecerão, com o empenho dos servidores dessa secretaria, vamos melhorando o acesso à saúde e ofertando uma melhor qualidade dos serviços públicos de saúde para o cidadão, que é o nosso grande objetivo, dignidade na saúde de Aracaju.

João Alves Filho
Prefeito de Aracaju

Foco no cidadão

O Sistema Único de Saúde é amplo e complexo, aberto para atender todos os cidadãos, não só da nossa cidade, mas de todo o país. A atual administração de Aracaju tem focado sempre na melhoria da qualidade do atendimento prestado nas unidades da nossa capital, para que o usuário se sinta acolhido e receba a devida atenção. Neste caminho em busca de melhorias do SUS em Aracaju, o primeiro passo é profissionalizar a gestão, aplicando devidamente os recursos para que tenhamos a eficácia esperada e que ela seja sentida por quem é de direito: o cidadão.

Neste processo, estamos sempre buscando soluções que contam com a participação dos servidores da Saúde de Aracaju, pois cada um tem a sua devida importância nesse contexto complexo que é o SUS. Estamos buscando ouvir a população, através da Ouvidoria, e a partir dela, saber quais as principais reclamações, demandas, sugestões e expectativas do cidadão em relação aos serviços ofertados.

O desafio é implementar ações que reduzam o tempo de espera nas filas de exames, consultas e demais procedimentos, bem como melhorar as condições físicas das unidades de saúde, e assim oferecer melhores condições de trabalho aos servidores e consequentemente um atendimento digno e de qualidade aos usuários.

A cartilha "Um passeio pelo SUS" reúne, de forma prática e objetiva, o que temos para oferecer aos usuários, os diversos setores e serviços que compõem a Secretaria da Saúde de Aracaju.

Luciano Paz Xavier
Secretário em exercício da Saúde de Aracaju

| | |
|---|----|
| Um passeio pelo SUS Aracaju (Quadrinhos)..... | 5 |
| Coordenação de Vigilância Epidemiológica | 13 |
| Rede de Atenção Psicossocial | 14 |
| Rede de Atenção Especializada | 16 |
| Rede de Urgência e Emergência | 18 |
| Rede de Atenção à Saúde do Trabalhador | 19 |
| Uma visita especial (Quadrinhos) | 20 |
| Rede de Atenção Primária | 23 |
| Coordenação de Promoção à Saúde | 25 |
| Coordenação de Vigilância Sanitária | 26 |
| Coordenação de Assistência Farmacêutica | 27 |
| Centro de Educação Permanente em Saúde | 29 |
| Diretoria de Vigilância em Saúde..... | 30 |
| Diretoria Administrativa e Financeira..... | 30 |
| Diretoria de Atenção à Saúde | 30 |
| Núcleo de Controle, Avaliação, Auditoria e Regulação | 30 |
| Assessoria de Comunicação | 30 |
| Núcleo de Projetos Inovadores | 30 |
| Ouvidoria | 31 |
| Ouvidoria: Canal aberto para a cidadania (Quadrinhos).. | 32 |
| Endereços e Contatos | 34 |



**SAIBA
MAIS!**

"NESSA REVISTA, O SUS ARACAJU CONVIDA VOCÊ PARA UM PASSEIO ESPECIAL. VOCÊ CONHECERÁ MAIS DO TRABALHO QUE DESENVOLVEMOS PARA GARANTIR SEU DIREITO À SAÚDE..."

BOA LEITURA!



SAIBA MAIS!

DIARIAMENTE, ATRAVÉS DO NÚMERO **192**, O SAMU (SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA) SALVA VIDAS PELAS RUAS DE APAJAU! CONHEÇA MAIS SOBRE ESSE SERVIÇO NA PÁGINA **18**!



SAIBA MAIS!

OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS) REVOLUCIONARAM O JEITO DE CUIDAR DE PESSOAS COM TRANSTORNOS MENTAIS E FAZEM PARTE DE UMA REDE MAIOR, MOVIDA POR AMOR E RESPEITO. CONHEÇA MAIS NAS PÁGINAS **14** E **15**!

8

É...SÓ QUE NÃO É UMA ACADEMIA COMUM! É A ACADEMIA DA CIDADANIA!

ESSE PROGRAMA FAZ TODO O SENTIDO PRA MIM! QUERO MUITO VOLTAR A FREQUENTAR!

AH, EU NÃO PERCO UMA AULA, DESDE QUE A ASSISTENTE SOCIAL DA MINHA UNIDADE ME ORIENTOU A PRATICAR ATIVIDADES FÍSICAS...

PARA AJUDAR NO TRATAMENTO QUE ESTOU FAZENDO NO CEMAR!!!

POR ISSO QUE A ACADEMIA É TÃO LEGAL! ALÉM DESSA AJUDA, SERVE PARA QUEM QUER SIMPLEMENTE CUIDAR DO CORPO!

OLHA AI O PESSOAL JÁ NA ATIVIDADE! É AQUI QUE EU FIZO! BOM TE VER, ELBA, SE CUIDA, VUJ??

9

PRONTO... CHEGUEI AGORA É PRA VALER!

BOM DIA! ESTOU PROCURANDO A GERENTE MAYSA...

SOU EU MESMA! E VOCÊ DEVE SER ELBA, NOSSA NOVA AGENTE COMUNITÁRIA DE SAÚDE!

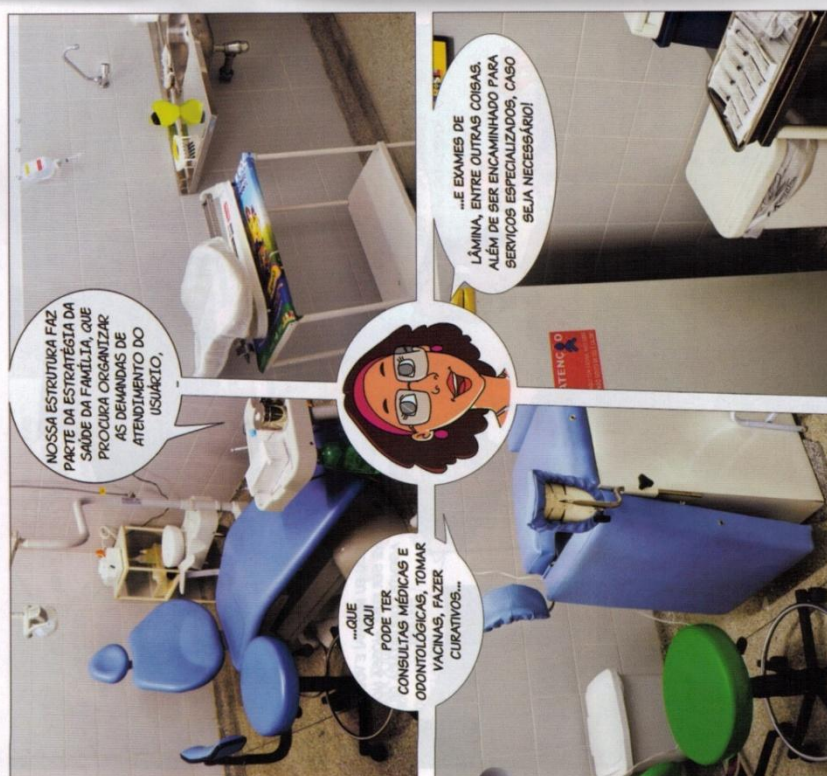
VENHA COMIGO, ELBA! VOU TE MOSTRAR COMO FUNCIONA NOSSA UNIDADE DE SAÚDE!

SAIBA MAIS!

NA PÁGINA 25 VOCÊ VAI SABER COMO PARTICIPAR DO PROGRAMA ACADEMIA DA CIDADE, E SAIBA MAIS DETALHES SOBRE O CEMAR (CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS DE ARACAJU) NA PÁGINA 16!

A REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA (REAP) É A PRINCIPAL PORTA DE ENTRADA PARA O SUS ARACAJU. ELA POSSUI 43 UNIDADES ESPALHADAS PELA CIDADE. SAIBA MAIS SOBRE OS SERVIÇOS OFERECIDOS NAS PÁGINAS 23 E 24!

10



11

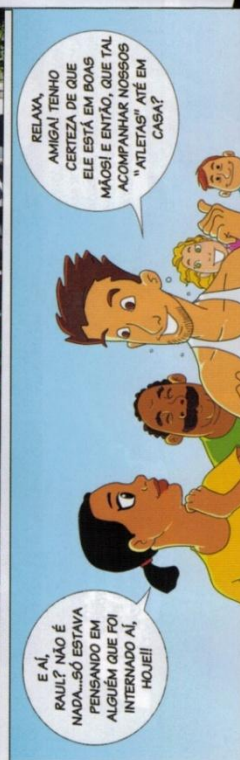


SAIBA MAIS!

A REAP TRABALHA DE FORMA INTEGRADA COM OUTROS PROGRAMAS, COMO O DST/AIDS E O CONTROLE DA DENGUE E CHIKUNGUNYA, ENTRE OUTROS. SAIBA MAIS SOBRE ISSO NA PÁGINA 23!

SAIBA MAIS!

AGORA QUE VOCÊ JÁ CONHECE AS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA, QUE TAL DAR UMA OLHADA NAS PÁGINAS 34, 35, 36, 37 E 38 ? NELAS, ESTÃO OS ENDEREÇOS E TELEFONES DE TODAS AS UNIDADES QUE FAZEM PARTE DA REDE SUS ARACAJU!



A REJE (REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA) ESTÁ NA PÁGINA 18. ELA REALIZA SERVIÇOS DE PRONTO ATENDIMENTO AO USUÁRIO! MAS O SUS ARACAJU AINDA TEM MUITO MAIS PARA OFERECER A VOCÊ! CONTINUE LENDO E DESCUBRA!

A COORDENAÇÃO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA (COVEPI) é um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos. Além disso, tem papel de assessorar tecnicamente os profissionais de saúde das redes, no que diz respeito às ações de Vigilância Epidemiológica. Contato: 3179-1000.

ÁREAS TÉCNICAS

DST/AIDS e Hepatites Virais – O Programa Municipal de DST/AIDS e Hepatites Virais de Aracaju (PMDSI-AIDS-HIV) tem como “Missão” prestar serviços de atenção integral à saúde da população em Doenças Sexualmente Transmissíveis e a pessoa vivendo com HIV/AIDS. Realiza parcerias com Organizações da Sociedade Civil, apoiando ações na área de prevenção, com foco em população específica em situação de vulnerabilidade.

Dentre os serviços ofertados pelo programa estão o Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), que realiza ações de diagnóstico e prevenção às Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), com testes para HIV, Sífilis e Hepatites B e C, e o Serviço de Atenção Especializada (SAE), que presta assistência e tratamento às pessoas vivendo com HIV ou Aids, além de atender pessoas referenciadas por unidades de saúde com outras DSTs. Assistência a casos de Exposição Ocupacional a materiais de risco biológico e Profilaxia Pós-exposição Sexual (PEP Sexual), também faz parte dos serviços disponibilizados pelo programa e funciona durante 24 horas nos dois Hospitais Municipais de Aracaju e na Maternidade Nossa Senhora de Lourdes.

Imunização – Tem a função de ofertar vacinas preconizadas no calendário básico de vacinação. Profilaxia da raiva humana, febre amarela e imunobiológicos especiais, como vacina contra Pneumococos e Influenza em campanhas. Realiza também a vigilância de controle do Atendimento Antirrábico Humano.

Controle da Dengue e Chikungunya – O programa visa reduzir a infestação do *Aedes Aegypti*, a incidência da Dengue e Chikungunya e a letalidade por Dengue.

Sinan/Núcleos de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (NVEH) – É o Sistema de Informação de Agravos de Notificação e é alimentado, principalmente, pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam na lista nacional de doenças de notificação compulsória.

AGRAVOS TRANSMISSÍVEIS AGUDOS

Influenza – Desenvolve ações de investigação epidemiológica de casos de Síndrome Gripal (SG) e Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) notificados pelos hospitais da rede pública e privada, bem como com as unidades básicas de saúde.

Agravos transmissíveis crônicos (Tuberculose e Hanseníase) – O controle da Hanseníase e da Tuberculose é baseado no diagnóstico precoce, tratamento oportuno de todos os casos diagnosticados até a alta por cura, na vigilância dos contatos domiciliares, além do fortalecimento das ações de vigilância epidemiológica, da organização da rede de atenção integral e promoção da saúde, com base na comunicação, na educação e mobilização social.

Centro de Controle de Zoonoses (CCZ) – É uma unidade de saúde diferenciada com competência e atribuições específicas para desenvolver as atividades nos Programas de Controle de Zoonoses, como Esquistossomose e acidentes por animais peçonhentos.

Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e Nascidos Vivos (Sinasc) – É um sistema informatizado com a premissa de descentralização do processo de coleta, processamento e consolidação de dados quantitativos e qualitativos, referentes aos óbitos e nascimentos informados. O documento básico que alimenta o Sinasc é a Declaração de Nascido Vivo (DNV) e o que alimenta o SIM é a Declaração de Óbito (DO).

Comitê de Prevenção da Mortalidade Materna e Infantil (CPMMI) – O comitê atua realizando investigações epidemiológicas dos óbitos infantis dos residentes em Aracaju, nos prontuários hospitalares, na Unidade de Saúde da Família (USF) e no domicílio da criança.

Rede Cvepi/URR – É responsável pelo acompanhamento dos agravos de notificação imediata, casos inusitados, surtos, epidemias e situações associadas aos riscos de propagação de doenças. O serviço funciona de segunda-feira à sexta-feira, das 17h às 6h; sábados, domingos e feriados. Contato: 8811-8013.

A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (REAPS) é responsável pelos serviços especializados para o atendimento às pessoas com transtorno mental em quadros graves, incluindo os decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas.

Os serviços que compõem essa rede de cuidados são os Centros de Atenção Psicossocial (Caps), as Residências Terapêuticas (RT) e a Estratégia de Redução de Danos. Além disso, a Reaps conta com outros serviços da rede de saúde para ofertar assistência integral: hospitais gerais, Unidades de Saúde da Família (USFs), emergência, etc.

O que é um Caps?

É um serviço destinado a acolher pessoas com transtornos mentais severos e/ou persistentes e as que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas. Tem como objetivo oferecer um atendimento em equipe multidisciplinar, personalizado, estimulando a integração social e familiar e a busca da autonomia. Substitui o modelo hospitalar tradicional, integrando as pessoas ao ambiente social e cultural em seu próprio território.

Quem pode ser atendido no Caps?

Pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e/ou outras drogas e que apresentam transtorno mental de maior gravidade, tais como psicoses (alucinações, delírios, comportamento bizarro), depressão grave, ansiedade severa e outros sinais que ferem intensamente a produção de autonomia.

Como ser atendido no Caps?

A pessoa pode ir diretamente ao Caps de sua região, como também ser encaminhada pela Unidade de Saúde da Família (USF) ou por outro equipamento social, como o Centro de Referência da Assistência Social (Cras).

Caps em Aracaju

Caps AD Infanto-Juvenil - Atende a crianças e adolescentes que fazem uso abusivo de drogas (de 0 a 17 anos). Funciona das 7h às 19h, com acolhimento diário de segunda-feira à sexta-feira. É responsável por toda cidade de Aracaju.

Caps AD III Primavera - Atende pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas (a partir dos 18 anos de idade). Funciona 24 horas por dia, inclusive fins de semana e feriados. Responsável por toda cidade de Aracaju.

Caps Infanto-Juvenil Arthur Bispo do Rosário - Atende crianças e adolescentes com transtornos mentais severos (de 0 a 17 anos). Funciona das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira. Responsável por toda cidade de Aracaju.

Existem ainda outros três Caps que atendem pessoas com transtornos mentais severos, a partir dos 18 anos, com acolhimento diário de segunda-feira à sexta-feira, mas funcionam 24 horas, com acolhimento noturno, nos fins de semana e nos feriados, quando há necessidade de acompanhamento intensivo do usuário.

Caps III David Capristano Filho - Atende as pessoas que moram nos bairros Atalaia, Augusto Franco, Coroa do Meio, Grageru, Inácio Barbosa, Jabotiana, Luzia, Médice I, II e III, Mosqueiro, Orlando Dantas, Ponto Novo, CJ, Governador Valadares, Pov. Areia Branca, Robalo, Salgado Filho, Santa Maria, Santa Tereza, São Conrado, Sol Nascente, 13 de Julho, 17 de Março e Jardim Esperança.

Caps III Liberdade - Atende as pessoas que moram nos bairros América, Capucho, Castelo Branco, Centro, Cirurgia, Costa e Silva, Getúlio Vargas, Industrial, Novo Paraiso, José Conrado de Araújo, Palestina, Pereira Lobo, Santo Antônio, São José, Suíssa e 18 do Forte.

Caps III Jael Patrício de Lima - Atende as pessoas que moram nos bairros Almirante Tamandaré, Bugio, Cidade Nova, Coqueiral, Japãozinho, Jardim Centenário I, II e III (Olaria, São Carlos, etc.), Lamarão, Porto Dantas, Soledade, Veneza e Santos Dumont.

O que são Residências Terapêuticas?

São casas localizadas no espaço urbano, construídas para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos que estiveram internadas por longo período em hospitais psiquiátricos.

Existem quatro residências em funcionamento, abrigando 27 pessoas que em geral não possuem mais vínculos familiares. Seus moradores recebem atendimento de saúde na comunidade onde estão inseridos, seja o Caps ou a USF de referência.

O que é a Estratégia de Redução de Danos?

A Estratégia de Redução de Danos se refere às políticas, programas e práticas que visam primeiramente reduzir as consequências adversas à saúde, decorrente do uso de drogas lícitas e ilícitas.

O Projeto Redução de Danos (PRD) dispõe de 17 agentes redutores de danos que trabalham nas áreas onde o uso de drogas é mais intenso, com o objetivo de realizar um trabalho de educação em saúde.

A principal ferramenta do PRD é o vínculo com o usuário e através dele é possível compreender como as pessoas fazem uso, quando, com quem e quais as práticas de risco associadas e esse uso, para que seja possível planejar e estabelecer, juntamente com os usuários as intervenções necessárias.

REDE DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA (REAE) tem a finalidade de promover atenção integral à saúde da população, contemplando a Rede de Atenção à Saúde, mediante a prestação da atenção especializada à saúde nos níveis de média e alta complexidade, resguardando seu caráter público e de qualidade. Os usuários são encaminhados pelas Unidades de Saúde da Família (USFs) de Aracaju e demais municípios do Estado, com marcação feita previamente pelo sistema de regulação ACONTE.

A Reae é composta por:

Centros de Especialidades Médicas (Cemar)

Cemar Siqueira Campos – É composto pelo Centro de Especialidades Médicas da Criança (Cemca), pelo Centro de Referência em DST/Aids e Testagem e Aconselhamento, Ambulatório Cirúrgico, Ambulatório em Cardiologia, Ambulatório em Endocrinologia, Ambulatório de Tuberculose e Hanseníase, Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico, e Farmácia de Medicamentos não padronizados, que dispensa medicamentos e insumos a partir de processos judiciais (alergia alimentar, Glaucoma, Osteoporose, Parkinson, multivitaminas para pacientes que fizeram cirurgia bariátrica, Tuberculose e Hanseníase).

- **Consultas e exames demandados pela especialidade de Cardiologia:** Holter, Mapa, Eletrocardiograma e Ecocardiograma.

- **Ambulatório de Endocrinologia** como referência para todo o Estado de Sergipe, com atendimento aos pacientes com Diabetes Mellitus do tipo I e II (DM1 e DM2), Diabetes gestacional e distúrbio endócrinos em geral, além de desenvolver o programa de Glicosímetro e acompanhamento de pé diabético.

- **Atenção Especializada em DST/Aids**, através do Centro de Testagem e Aconselhamento, que realiza os testes para a detecção de HIV, Sífilis e Hepatite B e C

- **Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT)** é composto pelo Laboratório de Patologia Clínica (prestador Bioexame), Serviço de Endoscopia Digestiva Alta (prestador Endogastro), Serviço de Eletroencefalografia, Serviço de Ultrassonografia (USG Transvaginal, USG Mamária, USG Abdominal Total, USG da Artéria, USG Bolsa Escrotal, USG de Tireoide e SCAN Duplex Venoso e Arterial) Eletroencefalograma, Serviço de Saúde Auditiva (avaliação audiológica básica e atendimento fonoterápico) e Programa Mamão Coruja, com pré-natal de alto risco.

- **Serviço de Referência em Tuberculose e Hanseníase** tem o objetivo de atender usuários com Tuberculose e Hanseníase referenciados de outros serviços, quando há dificuldade no diagnóstico, resistência do usuário em aderir ao tratamento, abandono, associação da Tuberculose ao HIV, reação alérgica, dentre outras especificidades que demandam maior complexidade para o tratamento.

- **Centro de Especialidades Médicas da Criança e do Adolescente** oferece assistência multidisciplinar no nível de média complexidade, com ações curativas e de reabilitação, em 11 especialidades médicas para a criança (cardiologia, alergia/imunológica, gastroenterologia, pneumologia, cirurgia pediátrica, ortopedia, otorrinolaringologia, homeopatia, endocrinologia, neurologia e neonatologia), bem como a prestação de serviços de enfermagem, nutrição, serviço social, fonoaudiologia, psicologia, psicopedagogia. O serviço também oferece consultas e procedimentos de botas gessada e identificação de deficiências anormais genéticas.

- **CER II – Reabilitação Intelectual e Físico Motora** faz parte da Rede de Cuidado às Pessoas com Deficiência (Rede Viver Sem Limites) e tem a missão de prestar assistência de excelência e referência aos usuários que necessitam de intervenção e/ou abordagem nas áreas de (re)habilitação da deficiência física e intelectual, mediante cuidado com equipe multiprofissional e interdisciplinar (fisioterapia neurológica adulto e pediátrica, fisioterapia ortopédica; terapia ocupacional adulto e infantil, fonoaudiologia adulto e infantil, assistência social, psicologia, nutrição e enfermagem).

- **Cemar Augusto Franco** – O centro oferta serviços ambulatoriais de oftalmologia, acupuntura, homeopatia, angiologia, gastroenterologia, nefrologia, dermatologia, neurologia, reumatologia, otorrinolaringologia e pneumologia. Neste Cemar funcionam o Programa de Tabagismo e o Programa de Glaucoma.

- **O Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)** está situado no complexo Cemar Augusto Franco e atende às demandas especializadas da saúde bucal que não exijam sedação, realizando periodontia, endodontia, cirurgia buco-maxilo-facial, radiologia, atendimento à pessoa com deficiência, prótese e odontopediatria. O CEO também integra a Rede Viver Sem Limites para atenção às pessoas com deficiência.

REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA (REUE) composta pelos Hospitais Municipais Dr. Nestor Piva (Zona Norte) e Desembargador Fernando Franco (Zona Sul), a Urgência Mental e o Transporte Social. Articula os serviços hospitalares contratados que formam o Hospital Horizontal.

Hospital Municipal Dr. Nestor Piva - Localizada na avenida Maranhão, Zona Norte da capital, é porta aberta para atendimento clínico, ortopédicos, cirúrgicos (casos mais simples como pequenas suturas, drenagem de abscessos e etc.) e de enfermagem. Equipado com serviço de imagem (Raio X, ECG e Ultrassonografia) conta ainda com laboratório 24 horas. Possui sala de estabilização para o atendimento a pacientes graves e 12 leitos para internamento clínico, além de um importante serviço de **Urgência Odontológica** que funciona à noite, nos finais de semana e feriados.

Hospital Municipal Desembargador Fernando Franco - Localizado no conjunto Augusto Franco, Zona Sul da capital, realiza atendimentos clínicos, cirúrgicos, pediátricos e de enfermagem. É o maior e mais importante serviço de urgência pediátrica da zona sul da capital, equipado com laboratório, Raio X e ECG. Conta ainda com 15 leitos para internamentos pediátricos, além de sala de estabilização pediátrica e adulta.

Urgência Psiquiátrica - Localizada na avenida João Ribeiro, anexo ao Hospital São José, é o único disponível no Estado de Sergipe, destinado ao atendimento de urgência a pacientes psiquiátricos e/ou usuários de crack, álcool e outras drogas. Funciona 24 horas, possui 16 leitos para internamento e sala de estabilização.

Transporte Social - É um serviço de remoção destinado a usuários especiais e crônicos do município de Aracaju. Funciona através de cadastramento e agendamento para tratamentos como: hemodíalise, fisioterapia, oncologia (rádio e quimioterapia), revisões ortopédicas, consultas e exames (usuário acamados) e altas hospitalares, portanto atua com remoções programadas de pacientes impossibilitados de deslocar-se para realizar tratamento de saúde.

Nas remoções inter-hospitalares, uma ambulância está à disposição sob a coordenação da assistente social.

Serviço de Atendimento Móvel Urgência (SAMU) - Acionado através do número 192, atende todos os casos de urgência e emergência na cidade de Aracaju e nos municípios de Sergipe. **Desde abril de 2012**, por recomendação do Ministério da Saúde, o **SAMU 192 Aracaju foi unificado com o SAMU 192 Estadual**. Essa ação possibilitou o acréscimo de recursos financeiros para melhorar, cada vez mais, os serviços ofertados à população.

A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DO TRABALHADOR (REAST) tem como diretriz estruturar e desenvolver ações direcionadas à saúde dos trabalhadores (privados, públicos, formais e informais), visando à promoção à saúde individual e coletiva, prevenção de doenças e agravos relacionados ao trabalho, vigilância em saúde dos trabalhadores, bem como ao encaminhamento e reabilitação dos adoecidos devido ao exercício de sua atividade laboral e sua readaptação ao trabalho.

A rede é composta pelo Centro Regional de Referência à Saúde do Trabalhador "Anísio Dário" (Cerest) e pela Vigilância em Saúde do Trabalhador (Visat). O Cerest Aracaju é referência para o município de Aracaju, Barra dos Coqueiros, Itaporanga D'Ajuda, São Cristóvão, Santa Rosa de Lima, Laranjeiras, Divina Pastora e Riachuelo.

O que faz o Cerest:

- Realiza ações de promoção à saúde do trabalhador e prevenção de agravos
- Acolhe o trabalhador e verifica se o seu adoecimento está relacionado ao trabalho
- Encaminha o trabalhador às demais redes de atenção à saúde do SUS para tratamento do seu agravado de acordo com sua necessidade
- Avalia dados para saber quais as causas de adoecimento dos trabalhadores
- Visita os serviços que cuidam dos trabalhadores para estabelecer a melhor forma de cuidar do trabalhador adoecido
- Visita os municípios de abrangência da região de Aracaju para auxiliar na implantação e implementação da política local do trabalhador

O que faz a Visat:

- Alimentação do banco de dados dos agravos relacionados ao trabalho
- Levantamento dos dados para verificar as causas de adoecimento
- Visita aos ambientes de trabalho para avaliação das condições referentes à salubridade destes
- Investigação de acidente de trabalho grave fatal em parceria com outras instituições que o caso vier a requerer
- Observatório em saúde do trabalhador

Agravos e Notificação Compulsória (Protocolos):

- Acidente de Trabalho Grave e Fatal e com Crianças e Adolescentes
- Perda Auditiva Induzida por Ruído (PAIR)
- Acidente de trabalho com Exposição à Material Biológico
- Câncer relacionado ao Trabalho
- Pneumoconiose
- Dermatose Ocupacional
- Intoxicação Exógena
- Lesão por Esforço Repetitivo e Doença Osteomuscular Relacionada ao Trabalho (LER/DORT);
- Transtorno Mental relacionado ao Trabalho

20

UMA VISITA ESPECIAL!



21



SAIBA MAIS!

O SUS DISPONIBILIZA GRATUITAMENTE MEDICAMENTOS PARA VÁRIOS TIPOS DE DOENÇAS, ATRAVÉS DAS FARMÁCIAS EXISTENTES NAS UNIDADES DE SAÚDE. DESCUBRA NA PÁGINA 27 COMO TER ACESSO A ESSES SERVIÇOS.

SAIBA MAIS!

O SUS CUIDA DA SAÚDE DE TODOS, INCLUSIVE DA DOS ADOLESCENTES, QUE AGORA PODEM APRENDER MAIS SOBRE TUDO O QUE ROLA EM SEU CORPO NESSA FASE! PEÇA A SUA CADENETA DO ADOLESCENTE NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE SUA COMUNIDADE OU BAIXE PELO SITE: portal.saude.gov.br

A REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA (REAP) é entendida como um conjunto de ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação de saúde nos âmbitos individual e coletivo, realizado por meio de trabalho em equipe e dirigido à população de territórios delimitados. Contamos com 43 Unidades de Saúde da Família (USFs), 137 equipes de Saúde da Família e 68 Equipes de Saúde Bucal.

Cada região possui referências em saúde mental e ginecologia. Ao todo são oito USFs com referência em Saúde Mental (Carlos Fernandes, Anália Pina, Dona Jovem, Osvaldo de Souza, Dona Sinhazinha, Edézio Vieira de Melo, Celso Daniel e Dona Terezinha), e quatro referências em ginecologia (Dona Sinhazinha, Francisco Fonseca, Carlos Fernandes e Onésimo Pinto).

Cada equipe de Saúde da Família conta com um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, de quatro a oito Agentes Comunitários de Saúde e uma equipe de Saúde Bucal. A unidade conta ainda com um assistente social. Juntos, esses profissionais desenvolvem atividades relacionadas aos programas:

Programa de Saúde da Criança, do Adolescente e do Jovem – Tem como objetivo a melhoria da assistência à criança desde as primeiras horas de vida, baseado na promoção da saúde, prevenção, diagnóstico precoce e recuperação dos agravos à saúde. O acompanhamento programado do crescimento e desenvolvimento é complementado por atividades de controle das doenças prevalentes, como diarreia e afecções respiratórias agudas, e pelas ações básicas, como o estímulo ao aleitamento materno, orientação alimentar, realização do Teste do Pezinho e imunizações. Os adolescentes e jovens também são atendidos pelo programa. A Caderneta do Adolescente é o instrumento que aborda temas como sexualidade, cultura de paz, saúde bucal e imunização, facilitando as atividades de educação em saúde.

Programa de Saúde da Mulher – É responsável pelo desenvolvimento de ações voltadas para o enfrentamento de agravos que atingem à população feminina, propiciando a assistência integral à mulher. Estão incluídas as questões de gênero e direitos reprodutivos, violência contra a mulher, pré-natal, assistência ao climatério e prevenção do câncer de mama e de colo do útero.

Programa de Saúde do Adulto, Idoso e Homem – Desenvolve ações de saúde que promovem a atenção integral à saúde do adulto, envolvendo prevenção, promoção e diagnóstico precoce de doenças crônicas degenerativas, tais como Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Atua também na garantia da atenção integral à saúde da população idosa, com ênfase no envelhecimento saudável e ativo, além de proporcionar ações para a compreensão da realidade singular masculina nos seus diversos contextos, possibilitando o aumento da expectativa de vida e a redução dos índices de morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis nessa população.

Programa Saúde Bucal – Esse programa engloba diversas ações que buscam a melhoria das condições de saúde bucal da população de Aracaju. Além das ações de prevenção e do atendimento básico, a população também tem acesso a tratamentos especializados, como canal, doenças da gengiva, cirurgias odontológicas e o diagnóstico do câncer bucal. O atendimento a portadores de necessidades especiais é realizado no Centro de Especialidades Odontológicas (CEO).



SAIBA MAIS!

CONHEÇA MAIS SOBRE OS PROGRAMAS DE SAÚDE DA CRIANÇA, DO ADOLESCENTE E DO JOVEM, DA MULHER, DO ADULTO, IDOSO E HOMEM NA PÁGINA 23. CONVERSE TAMBÉM COM OS AGENTES DE SAÚDE DE SUA COMUNIDADE.

FAÇA DA PREVENÇÃO UM HÁBITO!

Nutrição – O Núcleo de Nutrição atua na promoção de práticas alimentares saudáveis e estilo de vida saudável, no monitoramento da situação Alimentar e Nutricional (SIVAN) como principal ferramenta; desenvolvimento de ações de prevenção e controle dos distúrbios nutricionais e de doenças associadas à alimentação e à nutrição; ações de controle e prevenção da Obesidade, Doenças Crônicas e deficiências de micronutrientes, com foco na anemia ferropriva e hipovitaminose A.

Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs) – São formados por profissionais de diferentes profissões e/ou especialidades, que atuam de maneira integrada e apoiando os profissionais das equipes de Saúde da Família, compartilhando práticas e saberes em saúde com as equipes apoiadas, buscando auxiliá-las no manejo ou resolução de problemas clínicos e sanitários, bem como agregando práticas, na atenção primária, que ampliem o seu escopo de ofertas. Sendo seu principal objetivo, aumentar efetivamente a resolutividade e a qualidade da Atenção Primária.

Serviço Consultório na Rua – Criado para produzir resposta às necessidades da população em situação de rua, garantindo integralidade do cuidado e universalidade do acesso ao SUS. A estratégia é complementar ao cuidado realizado pela Atenção Primária na lógica psicossocial e da redução de danos, garantindo a assistência à saúde dos usuários onde eles habitam, identificando suas necessidades de saúde e as possíveis respostas.

A equipe do Consultório na Rua desenvolverá atividades in loco, de maneira itinerante. As ações estarão integradas e compartilhadas com a Atenção Primária, e quando necessários com os demais pontos de atenção (CAPs, urgências, entre outros, conforme o caso). Poderão também ser utilizadas as instalações das Unidades de Saúde do território, tendo como local de apoio e suporte a USF Maria do Céu, considerando a proximidade da unidade à grande parte da população em situação de rua, que fica no Centro de Aracaju. A equipe é composta por um médico clínico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, um psicólogo, um assistente social e um agente redutor de danos.

Nas Unidades de Saúde da Família de Aracaju são ofertados:

- Consultas médicas, odontológicas, de enfermagem, serviço social
- Imunização
- Curativos
- Nebulização
- Coleta de exames Mamãe Coruja
- Teste do Pezinho
- Dispensação de medicamentos
- Atividades Educativas
- Administração de medicamentos
- Visitas domiciliares
- Marcação de exames e consultas

A COORDENAÇÃO DE PROMOÇÃO À SAÚDE (COPS) foi criada com o objetivo de potencializar as ações de promoção à saúde para os grupos de vulneráveis como crianças, adolescentes, mulheres e idosos. O trabalho é desenvolvido a partir da Rede de Atenção Primária (Reap), tomando como base a experiência exitosa do Programa Academia da Cidade, que se consolidou numa política de Estado no país.

- **A Academia da Cidade** está em atividade em 24 pólos, distribuídos nos conjuntos Orlando Dantas, Augusto Franco, Sol Nascente, Santa Tereza, Bugio, Castelo Branco, Inácio Barbosa, Médici e Tiradentes, e nos bairros América Industrial, Santos Dumont, Santa Maria, Getúlio Vargas, 13 de Julho, Lamarão, Jardins, Soledade, São José, 18 do Forte, Coroa do Meio, Robalo, Mosqueiro e Areia Branca.

A COPS atua em três eixos prioritários:

- **Vigilância das Doenças e Agravos Não-Transmissíveis (DANT'S)** - Inclui o tabagismo, alimentação saudável, atividade física e prevenção das violências e acidentes.
- **Núcleo de Prevenção de Violências e Acidentes (Nupeva)** - É responsável por articular inter e intrasetorialmente com as redes de proteção, coleta e alimentação do Vigilância de Violência e Acidentes (Viva) e do Sistema de Aviso Legal por Violências e Maus Tratos (Salve) e prevenção de acidentes em parceria com demais órgãos. Entre os de prevenção de acidentes destaca-se o Projeto Vida no Trânsito, que tem como finalidade propor ações estratégicas intersetoriais a partir da coleta, gestão e análise de dados que permitam reduzir as ocorrências de lesões e óbitos no trânsito, bem como estruturação e monitoramento das atividades e resultados de acordo com os objetivos definidos.

- **Programa Saúde na Escola (PSE)** - Instituído por Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Resulta do trabalho integrado entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, na perspectiva de ampliar as ações específicas de saúde aos alunos da rede pública de ensino. Com a adesão do Município ao PSE, cada escola indicada passa a ter uma Unidade de Saúde da Família como referência para executar conjuntamente as ações. O PSE se dá com a interação das equipes de Saúde da Família e de Educação, no planejamento, execução e monitoramento de ações de prevenção, promoção e avaliação das condições de saúde dos educandos. No município de Aracaju, acontece anualmente a pactuação das escolas municipais e estaduais. A escolha das escolas é uma decisão do Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal (GTIM).

As ações do PSE se dividem em:

Componente I - Avaliação das condições de saúde: Avaliação antropométrica, avaliação de saúde bucal, verificação da situação vacinal, sondagem da realização do teste da orelhinha e do teste do olhinho para menores de 7 anos e avaliação oftalmológica para maiores de 7 anos.

Componente II – Ações de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças e Agravos.

Componente III – Educação Permanente e Capacitação de Profissionais da Educação e da Saúde e de Jovens para o Programa Saúde na Escola.

A Coordenação de Promoção à Saúde desenvolve ainda, juntamente com o Núcleo de Projetos Inovadores (Nuprin) e através do PSE, o **Projeto Curta SUS**, uma ferramenta inovadora e potencializadora das ações de saúde no território, utilizando filmes curta-metragem com o objetivo de fortalecer a relação entre os profissionais e usuários da Educação e da Saúde.

A COORDENAÇÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (COVISA) é responsável por um conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir risco à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens na prestação de serviços de interesse da saúde.

Campos de atuação:

- Alimentos, águas e bebidas para o consumo humano
- Medicamentos, equipamentos e outros insumos de interesse para saúde
- Saneantes domissanitários (produtos de limpeza doméstica) e cosméticos, produtos de perfumaria e de higiene pessoal
- Serviços de assistência à saúde
- Sangue e hemoderivados
- Radiação de qualquer natureza
- Fatores relacionados à saúde ambiental

As ações desenvolvidas pelas equipes de Vigilância Sanitária de Aracaju abrangem várias atividades, que vão desde as inspeções (inicial ou de rotina), vistorias, diligências prévias, coleta de amostras para análises laboratoriais, ações preventivas e educativas, análise de projetos arquitetônicos dos estabelecimentos regulados, atendimentos às denúncias, assim como processos de investigação de situação de risco à saúde.

Os estabelecimentos que prestam serviços e comercializam produtos de interesse à saúde têm a responsabilidade de cumprir as normas sanitárias de forma a não causar danos à população.

É de grande importância a contribuição da população para ajudar a COVISA na função de proteger a saúde da população, como exemplo: ao comprar remédios ou alimentos, verifique as condições de higiene do ambiente, as condições do produto, o rótulo, a data de vencimento; ao ser atendido por um profissional de saúde, verifique se o ambiente está limpo e organizado e se o material é descartável ou esterilizado. Assim, todos estão contribuindo para um maior rigor por parte das indústrias, do comércio e dos serviços de saúde.

Comunique-se com a Vigilância Sanitária através dos seguintes meios:

Por telefone, através do número (79) 2106-9766, pelo número 156 (Ouvidoria do SUS) ou pelo número 0800-6429782 (Ouvidoria da Anvisa); via Internet, através do email vigilanciasanitaria@aracaju.se.gov.br ou pelo site da Anvisa www.anvisa.gov.br/ouvidoria, ou presencial na recepção da Covisa, na sede da Secretaria da Saúde de Aracaju.

A COORDENAÇÃO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA (CODAF) é responsável pela promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial quando usado de forma racional. É de responsabilidade da coordenação a seleção, programação, aquisição, distribuição e dispensação desses produtos.

Seleção - É um processo de escolha de medicamentos eficazes e seguros. A relação de medicamentos deve estar fundamentada em critérios epidemiológicos, técnicos e econômicos, tendo por base a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), elaborada pelo Ministério da Saúde.

Programação - Consiste em estimar quantidades a serem adquiridas para atender determinada demanda de serviços por um período definido de tempo, utilizando informações referentes ao consumo histórico e índices como o tempo de reposição, o estoque de segurança, o estoque mínimo e o estoque máximo.

Aquisição - Conjunto de procedimentos, pelos quais se efetua o processo de compra de medicamentos estabelecidos pela programação, por intermédio de processos licitatórios, com o objetivo de suprir as demandas em quantidade, qualidade e menor custo, visando manter a regularidade e o funcionamento do sistema.

Armazenamento - São procedimentos técnicos e administrativos que envolvem atividades de recebimento ou recepção, estocagem, guarda, conservação e controle de estoque.

Distribuição - Suprimento de medicamentos aos estabelecimentos de saúde em quantidade, qualidade e tempo oportuno, para posterior dispensação aos pacientes.

Dispensação - É o ato de disponibilizar, mediante orientação sobre seu uso adequado, um ou mais medicamentos a um paciente, em resposta à apresentação de uma receita elaborada por um profissional habilitado. São elementos importantes da orientação, entre outros, a ênfase no cumprimento da dosagem, a influência dos alimentos, a interação com outros medicamentos, o reconhecimento de reações adversas potenciais e as condições de conservação dos produtos.

Acesso aos medicamentos - Para ter acesso aos medicamentos padronizados, os usuários do Sistema Único de Saúde e residentes em Aracaju, podem procurar uma das farmácias existentes nas 43 unidades de saúde e apresentar receita devidamente preenchida em duas vias, cartão SUS e/ou cartão da Pasta da Família.

Usuários da rede privada e residentes em Aracaju podem se dirigir a uma das quatro unidades de referência: Sinhazinha (Grageru), Francisco Fonseca (18 do Forte), Geraldo Magela (Orlando Dantas) ou Anália Pina (Almirante Tamandaré). Para os medicamentos controlados é necessário a apresentação da Carteira de Identidade. Lembramos ainda que os usuários, tanto da rede privada quanto do SUS, podem utilizar os serviços das Farmácias Populares do Brasil para ter acesso aos medicamentos, mediante o pagamento apenas do custo de produção, valor este repassado pela Secretaria Municipal de Saúde à Fiocruz.

Os Programas de Osteoporose, Parkinson e Glaucoma funcionam no Cemar Siqueira Campos. Os usuários acometidos por essas enfermidades devem procurar a Unidade de Saúde da Família mais próxima de sua residência para se cadastrar e ter acesso aos seguintes medicamentos.

Osteoporose:

- Carbonato de Cálcio + Colecalciferol
- Alendronato de Sódio cp 70mg

Parkinson:

- Levodopa + Benserazida cp 200mg + 50mg
- Levodopa + Benserazida cp 100mg + 25mg
- Levodopa + Benserazida cp 100mg + 25mg + comprimido Bihanhurado
- Levodopa + Carbidopa cp 250mg + 25mg

Glaucoma:

- Travaprost
- Travaprost + Timolol
- Latanoprost
- Latanoprost + Timolol
- Brimonidina
- Brinzolamida
- Bimatoprost
- Bimatoprost + Timolol
- Dorzolamida
- Dorzolamida + Timolol
- Timolol
- Policaprina

CENTRO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE (CEPS) criado pelo Decreto Municipal nº 068, de 27 de Fevereiro de 2004, Vinculado à Secretaria da Saúde de Aracaju, com sede na capital do Estado, personalidade jurídica de direito público, autonomia administrativa e financeira do órgão ao qual está vinculado.

Recursos financeiros destinados às ações de ensino e pesquisa, no âmbito do Município, são oriundos do Fundo Municipal, convênios e repasse do Ministério da Saúde, destinados para a Secretaria da Saúde de Aracaju, para atender às demandas de educação em saúde dos recursos humanos do Governo Municipal.

Missão - Consolidar a Educação Permanente da Saúde enquanto política de gestão na Secretaria da Saúde de Aracaju, através de ações político-pedagógicas de educação permanente, qualificação, formação profissional, pesquisa, produção de tecnologias, integração ensino-serviço.

Visão de futuro - Ser instituição de referência da política de educação permanente em saúde na execução dos processos de formação, pesquisa, produção de tecnologias, na área da saúde, no âmbito municipal e estadual.

Valores destacados pela instituição - Cidadania, equidade, acessibilidade, responsabilidade social, eficiência, respeito à diversidade, inovação, cooperação técnica.

Objetivo Institucional - Formar e/ou qualificar profissionais e trabalhadores de saúde comprometidos com a qualidade da assistência, resolutividade das ações, responsabilização no trabalho em equipe, pesquisa, para desenvolvimento das práticas nas linhas de cuidado compreendendo seu papel no acolhimento às necessidades dos usuários.

Corpo docente da escola - Os docentes são profissionais de saúde vinculados através de contrato temporário, soma-se a esses servidores municipais das áreas técnicas dos serviços que integram redes de atenção à saúde do município de Aracaju.

Níveis e modalidades de educação ofertadas pelo CEPS:

- I- Educação permanente e continuada em saúde.
- II- Educação Profissional Técnica de Nível Médio.
- III- Cursos livres para qualificação e aperfeiçoamento de recursos humanos para o SUS Municipal.
- IV- Ensino de Pós-graduação lato e stricto sensu - em parceria com instituições de ensino superior e na construção de currículo e certificação.
- V- Projetos educacionais de articulados ensino serviço com instituições de ensino superior e técnica de nível médio (estágios curriculares, pesquisa, residência multiprofissional).
- VI- Produção de conhecimentos na área da educação em saúde, desenvolvimento de tecnologias e ferramentas para educação permanente. Pesquisa. Informação e

DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE (DVS)

Coordena as ações relacionadas à prevenção, controle de doenças e riscos à saúde, através do monitoramento das ações de Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária, Promoção à Saúde e Saúde do Trabalhador.

DIRETORIA ADMINISTRATIVA FINANCEIRA (DAF)

Coordena os processos ligados à administração da Secretaria da Saúde de Aracaju incluindo toda a logística de funcionamento e suporte operacional, além dos Recursos Humanos. A diretoria abrange os processos de aquisição de bens e serviços, de suprimento de material de consumo e medicamentos, manutenção da rede física, transporte, telefonia e informática.

DIRETORIA DE ATENÇÃO À SAÚDE (DAS)

Coordena as redes de Atenção Primária (Unidades de Saúde da Família, Nasf e os programas de Saúde da Mulher, Saúde da Criança e do Adolescente, Saúde do Adulto e do Idoso, e Saúde Bucal), Psicossocial, Especializada, Urgência e Emergência e Coordenação Farmacêutica.

NÚCLEO DE CONTROLE, AVALIAÇÃO, AUDITORIA E REGULAÇÃO (Nucar)

Responsável pela programação da oferta, contratação de serviços, monitoramento, processamento das contas, regulação de exames e consultas, autorização de procedimentos de alta complexidade.

ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO (Ascom)

É responsável pelo trabalho de divulgação de atividades, tanto para a comunidade em geral quanto para o público interno. O setor atua na elaboração de matérias e notas sobre as atividades e ações da secretaria, de materiais gráficos impressos e virtuais, além de dar suporte na organização e realização de eventos e campanhas educativas. A divulgação junto à comunidade é feita através dos meios de comunicação rádio, jornal, TV e site, e das mídias sociais.

NÚCLEO DE PROJETOS INOVADORES (Nuprin)

Tem como objetivo fomentar, nos diversos serviços do SUS, as Políticas de Humanização (PNH) e de Educação Popular em Saúde (PNEP-SUS). Fazendo uso da tríade, arte, inovação e criatividade, utiliza o cinema (curta-metragens) e a música, a partir dos projetos Curta SUS e Sons no SUS, estimulando novos modos de produção de saúde.

A OUVIDORIA

É um canal democrático de comunicação responsável pela mediação entre o cidadão e o gestor dos serviços de saúde, nas esferas federal, estadual e municipal, devendo prestar por um atendimento humanizado e acolhedor, iniciado pela escuta qualificada garantindo a participação dos cidadãos na gestão do SUS.

Atribuições e competências:

- Receber as manifestações dos cidadãos, tais como: denúncias, reclamações, elogios, solicitações e sugestões referentes aos serviços prestados pelo SUS e encaminhá-las aos órgãos competentes
- Fornecer as informações gerais sobre o funcionamento do SUS e os direitos do cidadão
- Identificar e avaliar o grau de satisfação da população em relação aos serviços de saúde executados no âmbito do SUS
- Realizar a mediação de situações emergenciais, atenuando conflitos
- Divulgar relatórios gerenciais para subsidiar o controle social

Classificação das manifestações:

- Elogio - demonstração de apreço, reconhecimento ou satisfação para com o serviço recebido e/ou prestado
- Sugestão - manifestação que apresenta uma ideia ou proposta para o aprimoramento dos processos de trabalho, das unidades administrativas e/ou serviços
- Solicitação - requerimento de atendimento ou acesso às ações e aos serviços de saúde
- Reclamação - manifestação que relate insatisfação, desagrado ou protesto sobre ato ou serviço
- Denúncia - manifestação que indique irregularidade ou início de irregularidade na administração ou no atendimento por entidade de saúde
- Informação - comunicação, instrução ou ensinamento relacionado à saúde

Tipos de manifestações:

- Identificada - com os dados do cidadão
- Sigilosa - os dados constam somente para a ouvidoria, mas o processo tramita sem os dados de identificação
- Anônima - a pessoa não se identifica.

Canais de atendimento:

- Atendimento presencial: Rua Sergipe, nº 1310- Siqueira Campos, Aracaju.
- Atendimento telefônico: 156 ou 2106-9770/ 3218-7500
- E-mail - fala cidadão: saúde. ouvidoria@aracaju.se.gov.br / ouvidoria.geral@aracaju.se.gov.br
- Nos sites eletrônicos do Ministério da Saúde (www.saude.gov.br) e da Prefeitura Municipal de Aracaju (www.aracaju.se.gov.br)



OUVIDORIA: CANAL ABERTO PARA A CIDADANIA!



OUVIDORIA?? E PRA
QUE SERVE ISSO?

AH... PARA MUITA
COISA! A OUVIDORIA FOI
CRIADA PARA POSSIBILITAR
A TODO CIDADÃO O DIREITO
DE APONTAR FALHAS, OPINAR,
COMUNICAR MELHORIAS E TAMBÉM
DENUNCIAR SITUAÇÕES COMO ESSA,
QUE PODEM REPRESENTAR RISCOS DE
SAÚDE À COMUNIDADE!

**SAIBA
MAIS!**

VOCÊ PODE ENTRAR EM CONTATO COM A OUVIDORIA
PESSOALMENTE, POR TELEFONE, E-MAIL,
VÁ PARA A PÁGINA 31 E ESCOLHA COMO
FALAR COM A GENTE.
SUA PARTICIPAÇÃO É IMPORTANTE!!

- POLÍTICAS, AÇÕES E PROGRAMAS DE SAÚDE EM NOSSO MUNICÍPIO.
- PREVENÇÃO, TRATAMENTO E SINTOMAS DE DOENÇAS.
- ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE.

ALÉM DE ACOLHER
NOSSAS MANIFESTAÇÕES,
A OUVIDORIA TAMBÉM ATUA
PRESTANDO VÁRIOS TIPOS
DE INFORMAÇÃO À
POPULAÇÃO:

TAMBÉM NÃO
PODEMOS ESQUECER
AS INFORMAÇÕES
REFERENTES A CAMPANHAS
E AÇÕES ESTRATÉGICAS
OU EMERGENCIAS

...
COMO O
COMBATE À
DENGUE!

É QUE MUITAS
PESSOAS AINDA
PRECISAM APRENDER A
IMPORTÂNCIA QUE TODOS NÓS
TEMOS NA CONSTRUÇÃO DE UMA
SAÚDE MAIS EFICIENTE!

E VOCÊ, O QUE
ESTÁ ESPERANDO?
VENHA PARTICIPAR TAMBÉM
DESSE

**CANAL ABERTO
PARA A CIDADANIA
E FAÇA VALER A SUA
VOZ!!!**

UMA SAÚDE
ONDE PODER
PÚBLICO E CIDADÃO
ATUAM JUNTOS, DIVIDINDO
RESPONSABILIDADES E
SOLUÇÕES!

**SAIBA
MAIS!**

VOCÊ SABIA QUE A OUVIDORIA TAMBÉM ESTÁ
PRESENTE NO COMBATE À DENGUE? CONTE
CONOSCO PARA DENUNCIAR POSSÍVEIS FOCOS
DA DOENÇA EM TERRENOS, CANAIS E QUALQUER
LOCAL SUSPEITO. CUIDE DE SUA CASA E TAMBÉM
DE SUA COMUNIDADE!

SMS – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Rua Sergipe, 1310
Bairro Siqueira Campos
Tel: (79) 3179-1014

DAF – DIRETORIA ADMINISTRATIVA E FINANCEIRA

Rua Sergipe, 1310
Bairro Siqueira Campos
Tel: (79) 3179-1014

DAS – DIRETORIA DE ATENÇÃO À SAÚDE

Rua Sergipe, 1310
Bairro Siqueira Campos
Tel: (79) 3179-1014

DVS – DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Rua Sergipe, 1310
Bairro Siqueira Campos
Tel: (79) 3179-1014

REAP – REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA

Rua Sergipe, 1310
Bairro Siqueira Campos
Tel: (79) 3179-1014

USF ANTÔNIO ALVES

Rua Firmino Fontes, s/n
Bairro Atalaia
Tel: (79) 3179-2700

USF AUGUSTO CÉSAR LEITE

Rua Elenita Nery Gomes, s/n
Bairro Santa Tereza
Tel: (79) 3179-2701

USF AUGUSTO FRANCO

Rua H5, s/n - Conjunto Augusto Franco - Bairro Farolândia
Tel: (79) 3179-3121

USF JOÃO BEZERRA

Av. João Alves Bezerra, s/n
Arelia Branca
Tel: (79) 3179-2508

USF DONA SINHAZINHA

Avenida Hermes Fontes, s/n
Bairro Grageru
Tel: (79) 3179-1540

USF NICEU DANTAS

Rodovia dos Naufragos, s/n
Mosqueiro
Tel: (79) 3179-2504

USF SANTA TEREZINHA

Rodovia dos Naufragos, s/n - km 5
Robalo
Tel: (79) 3179-2507

USF OSWALDO LEITE

Av. Azul, s/n
Bairro Santa Maria
Tel: (79) 3179-3008

USF ELIZABETH PITA

Rua B 14, Conjunto Gov. Valadares
Bairro Santa Maria
Tel: (79) 3179-2708

USF GERALDO MAGELA

Rua Central IV, s/n
Conjunto Orlando Dantas
Tel: (79) 3179-1704

USF HUMBERTO MOURÃO

Rua A, s/n
Bairro São Conrado
Tel: (79) 3179-1708

USF PREF. CELSO AUGUSTO DANIEL

Travessa 5, s/n - Conjunto Padre Pedro
Bairro Santa Maria
Tel: (79) 3179-3007

USF HUGO GURGEL

Rua Renato Fonseca Oliveira, s/n
Bairro Coroa do Meio
Tel: (79) 3179-3300

USF MINISTRO COSTA CAVALCANTE

Avenida Tancredo Neves, s/n
Conjunto Jardim Esperança
Tel: (79) 3179-1443

USF ÁVILA NABUCO

Rua O, s/n
Conjunto Médico
Tel: (79) 3179-7077

USF DR. MAX DE CARVALHO

Rua Marize Almeida Santos, 588
Bairro Luzia
Tel: (79) 3179-1556

POSTO COSTA PINTO

Calçada da 13 de Julho
Tel: (79) 3179-2130

USF JOALDO BARBOSA

Rua Guanabara, s/n
Bairro América
Tel: (79) 3179-3581

USF IRMÃ CARIDADE

Rua Principal, 101
Bairro Alogue
Tel: (79) 3179-2941

USF MADRE TEREZA DE CALCUTÁ

Largo da Aparecida, s/n
Bairro Jabotiana
Tel: (79) 3179-3590

USF MANOEL DE SOUZA PEREIRA

Rua Maria do Carmo Costa, s/n
Conjunto Sol Nascente
Tel: (79) 3179-2902

USF FERNANDO SAMPAIO

Avenida São João Batista, 986
Conjunto Castelo Branco
Tel: (79) 3179-1095

USF EDÉZIO VIEIRA DE MELO

Rua Paraíba, s/n
Bairro Siqueira Campos
Tel: (79) 3179-2214

USF ADEL NUNES

Rua Haiti, s/n
Bairro América
Tel: (79) 3179-6888

USF OSWALDO DE SOUZA (CAIC)

Travessa Adalto Botelho, s/n
Bairro Getúlio Vargas
Tel: (79) 3179-1326

USF MARIA DO CÉU

Rua Marum, 198
Bairro Centro
Tel: (79) 3179-1374

USF DONA JOVEM

Rua Altamira, s/n
Bairro Industrial
Tel: (79) 3179-5400

USF AMÉLIA LEITE

Rua Tenente Wendel Quaranta, 1863
Bairro Sulissa
Tel: (79) 3179-1376

USF CÂNDIDA ALVES

Rua São João, s/n
Bairro Santo Antônio
Tel: (79) 3179-2413

USF FRANCISCO FONSECA

Rua Alvaro Maciel, s/n
Bairro 18 do Forte
Tel: (79) 3179-2434

USF JOSÉ AUGUSTO BARRETO

Av. Euclides Figueiredo, s/n
Bairro Japãozinho
Tel: (79) 3179-5405

USF PORTO DANTAS

Rua Antônio dos Santos, 468
Bairro Porto Dantas
Tel: (79) 3179-2419

USF JOSÉ MACHADO DE SOUZA

Rua Major Aureliano, 100
Bairro Santos Dumont
Tel: (79) 3179-1578

USF EUNICE BARBOSA

Rua Beira Rio, 92
Bairro Coqueiral
Tel: (79) 3179-3415

USF JOÃO CARDOSO N JUNIOR (CSU)

Rua Alagoas, 2051
Bairro José Conrado de Araújo
Tel: (79) 3179-2261

USF ANÁLIA PINA DE ASSIS

Avenida Ayrton Senna, s/n
Conjunto Almirante Tamandaré
Tel: (79) 3179-2835

USF ONÉSIMO PINTO

Avenida Rad. José Silva Lima, s/n
Bairro Jardim Centenário
Tel: (79) 3179-3200

USF J. QUINTILIANO DA F. SOBRAL

Rua Santa Terezinha, s/n
Bairro Getimã
Tel: (79) 3179-3498

USF RENATO MAZZE LUCAS

Rua Capitão Manoel Gomes, 590
Bairro Santos Dumont
Tel: (79) 3179-3245-8592

USF LAURO DANTAS HORA

Rua Projetada, s/n
Conjunto Bugio
Tel: (79) 3179-3254

USF JOÃO OLIVEIRA SOBRAL

Rua Senhor do Bonfim, s/n
Bairro Santos Dumont
Tel: (79) 3179-2806

USF CARLOS HARDMAN CÔRTEZ

Avenida Carlos Marques, s/n
Bairro Soledade
Tel: (79) 3179-2805

USF WALTER CARDOSO

Rua B, 372
Bairro Veneza
Tel: (79) 3179-3210

USF CARLOS FERNANDES DE MELO

Avenida Lamarão, s/n
Bairro Lamarão
Tel: (79) 3179-3906

COVEPI - COORDENAÇÃO DE**VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA**

Rua Sergipe, 1310
Bairro Siqueira Campos
Tel: (79) 2179-1000/3179-1067

CCZ - CENTRO DE CONTROLE**DE ZOONOSES**

Avenida Dr. Carlos Rodrigues da Cruz, 60
Bairro Capucho
Tel: (79) 3179-3564/3179-3565

PROGRAMA MUNICIPAL DE DST/AIDS**E HEPATITES VIRAIS**

Rua Sergipe, 1310
Bairro Siqueira Campos
Tel: (79) 3179-1014/2106-9719

PROGRAMA DE SAÚDE DA CRIANÇA

Rua Sergipe, 1310
Bairro Siqueira Campos
Tel: (79) 3179-1014

PROGRAMA SAÚDE BUCAL

Rua Sergipe, 1310
Bairro Siqueira Campos
Tel: (79) 3179-1014

PROGRAMA SAÚDE DA MULHER

Rua Sergipe, 1310
Bairro Siqueira Campos
Tel: (79) 3179-1014

COVISA - COORDENAÇÃO DE**VIGILÂNCIA SANITÁRIA**

Rua Sergipe, 1310
Bairro Siqueira Campos
Tel: (79) 3179-1014/2106-9760

NUCAAR - NÚCLEO DE CONTROLE,**AValiação, Auditoria e Regulação**

Rua Sergipe, s/n
Bairro Siqueira Campos
Tel: (79) 3179-1024

REAE - REDE DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA

Rua Bahia, s/n
Bairro Siqueira Campos
Tel: (79) 3234-0909

CENTROS DE ESPECIALIDADES MÉDICAS

CEMAR SIQUEIRA CAMPOS
Rua Bahia, s/n
Bairro Siqueira Campos

Cardiologia:

Tel: (79) 3234-0905/3234-0906

Endocrinologia:

Tel: (79) 3234-0907

SAE - Serviço de Atendimento**Especializado:**

Tel: (79) 3234-0944

CTA - Centro de Testagem e**Aconselhamento:**

Tel: (79) 3234-0928

Ambulatório Cirúrgico:

Tel: (79) 3234-0930/3234-0938

SAĐT - Serviço de Apoio**Diagnóstico e Terapêutico:**

Tel: (79) 3234-0921

Cemica - Centro de Especialidade**da Criança e do Adolescente:**

Tel: (79) 3234-0938

Serfismo - Serviço de Reabilitação**Física e Motora de Aracaju**

Tel: (79) 3234-0933

Perícia Médica

Tel: (79) 3179-0922

CEMAR AUGUSTO FRANCO

Rua Maria Nazareth Barros Santos, s/n
Conjunto Augusto Franco -
Bairro Farolândia

Ambulatório Geral

Tel: (79) 3179-3004

Serviço de Referência em**Hanseníase e Tuberculose:**

Tel: (79) 3234-0901

CEO - Centro de Especialidades**Odontológicas:**

Tel: (79) 3179-3022

REAPS - REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Rua Sergipe, 1310
Bairro Siqueira Campos
Tel: (79) 3179-1014

CAPS AD INFANTO-JUVENIL VIDA

Avenida Alberto Azevedo, 207
Bairro Suíssa
Tel: (79) 3179-3771/3179-4621

CAPS AD III PRIMAVERA

Avenida Beira Mar, 2118
Bairro Atalaia
Tel: (79) 3179-4620/3179-4621

CAPS INFANTO-JUVENIL ARTHUR**BISPO DO ROSÁRIO**

Rua Mato Grosso, 880
Bairro Siqueira Campos
Tel: (79) 3179-1268

CAPS III DAVID CAPISTRANO FILHO

Rua Jornalista Durval Andrade, 222
Bairro Atalaia
Tel: (79) 3179-2732/3179-2737

CAPS III LIBERDADE

Rua Distrito Federal, 1012
Bairro Siqueira Campos
Tel: (79) 3179-3872/3179-3873

CAPS III JAIL PATRÍCIO DE LIMA

Rua J, s/n - Loteamento Pau Ferro
Bairro Cidade Nova
Tel: (79) 3245-9683/3245-9637

REUE - REDE DE URGÊNCIA EMERGÊNCIA

Rua Sergipe, 1310
Bairro Siqueira Campos
Tel: (79) 3179-7747

HOSPITAL MUNICIPAL DR. NESTOR PIVA

Av. Maranhão, s/n
Bairro 18 do Forte
Tel: (79) 3212-0401

HOSPITAL MUNICIPAL DES. FERNANDO FRANCO

Av. Doutor Tarcísio Daniel dos Santos, s/n
Conjunto Augusto Franco - Bairro Farolândia
Tel: (79) 3179-3038

REAST – REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DO TRABALHADOR**CEREST – CENTRO REGIONAL DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR “ANÍSIO DÁRIO”****VISAT – VIGILÂNCIA A SAÚDE DO TRABALHADOR**

Rua Minervino Souza Santos, 65
Bairro Salgado Filho
Tel: (79) 8819-1296/8819-1153/8811-8053

CEPS – CENTRO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Rua Minervino Souza Santos, 65
Bairro Salgado Filho
Tel: (79) 8814-4121

NUGEP – NÚCLEO DE GESTÃO DE PESSOAS

Rua Sergipe, 1310
Bairro Siqueira Campos
Tel: (79) 3179-1014 / 2106-9756

NUCOL – NÚCLEO DE COMPRAS E LICITAÇÕES

Rua Sergipe, 1310
Bairro Siqueira Campos
Tel: (79) 3179-1014 / 2106-9747 / 2106-9755

NUJUR – NÚCLEO JURÍDICO

Rua Sergipe, 1310
Bairro Siqueira Campos
Tel: (79) 3179-1014 / 2106-9758

NUJESTI – NÚCLEO DE GESTÃO DE SISTEMAS E T.I.

Rua Sergipe, 1310
Bairro Siqueira Campos
Tel: (79) 2106-9781

NUPRIN – NÚCLEO DE PROJETOS INOVADORES

Rua Minervino Souza Santos, 65
Bairro Salgado Filho
Tel: (79) 8867-6197

OUVIDORIA

Rua Sergipe, 1310
Bairro Siqueira Campos
Tel: (79) 3179-1014 / 156 / 2106-9770/2106-9771

ASCOM – ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO SOCIAL

Rua Sergipe, 1310
Bairro Siqueira Campos
Tel: (79) 2106-9778

UNIDADES REFERENCIADAS**Maternidade Santa Izabel**

Avenida Simeão Sobral, s/n
Bairro Santo Antônio
Tel: (79) 3212-1900

Hospital Cirurgia

Avenida Desembargador Maynard, 174
Bairro Cirurgia
Tel: (79) 2106-7312 / 2106-7292

Hospital São José

Avenida João Ribeiro, 846
Bairro Santo Antônio
Tel: (79) 3215-3864

Hospital Universitário

Rua Cláudio Batista, s/n
Bairro Palestina
Tel: (79) 2105-1700

PREFEITO MUNICIPAL DE ARACAJU

JOÃO ALVES FILHO

SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE EM EXERCÍCIO

LUCIANO PAZ XAVIER

CONSULTOR EXTRAORDINÁRIO

PARA ASSUNTOS GOVERNAMENTAIS
ADALBERTO DANTAS CANUTO JÚNIOR

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ARACAJU

ROSEANE PATRÍCIO DE LIMA SANTOS

ASSESSORIA JURÍDICA

ANA CAROLINA MENDONÇA DE ARAÚJO NABUCO D'ÁVILA

ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO

ALEXANDRA DA COSTA BRITO

DIRETORIA ADMINISTRATIVA E FINANCEIRA

ANTÔNIO JOSÉ SARAIVA DE ALMEIDA

DIRETORIA DE VIGILÂNCIA À SAÚDE

TEREZA CRISTINA CRUZ MORAES MAYNARD

DIRETORIA DE ATENÇÃO À SAÚDE

GILDETE MARIA ÁVILA CARVALHO MACÊDO

OUVIDORIA

CLÁUDIA OLIVEIRA PARDO

PRODUÇÃO EDITORIAL

Concepção: Núcleo de Projetos Inovadores
Roteiro: Múrio de Brito Andrade
Produção e Editoração: TECNED
Fotografias: Fernando Correia e Radisson Gomes (Foto da Academia da Cidade)
Atualização gráfica: Thainá Carline Santos Oliveira
Edição: Alexandra Brito

COLABORAÇÃO

Diretores, Coordenadores de Redes, Núcleos e Ouvidoria da
Secretaria da Saúde de Aracaju

AGRADECIMENTOS

Agradecemos aos usuários, conselheiros de saúde, trabalhadores e gestores do
SUS Aracaju que se empenham na construção e manutenção de uma saúde pública de
qualidade.

APÊNDICES*APÊNDICE A – FORMULÁRIO APLICADO*

| |
|--|
| UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E APLICADAS DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL FORMULÁRIO |
| Nº questionário: |
| 1. PERFIL |
| SEXO: 1.(<input type="checkbox"/>) Masculino 2.(<input type="checkbox"/>) Feminino |
| IDADE: 1.(<input type="checkbox"/>) 18 a 64 2.(<input type="checkbox"/>) de 65 a 75 3.(<input type="checkbox"/>) acima de 75 anos |
| NÍVEL DE ESCOLARIDADE: |
| 1.(<input type="checkbox"/>) Ensino Fundamental incompleto 2.(<input type="checkbox"/>) Ensino Fundamental completo 3.(<input type="checkbox"/>) Ensino Médio incompleto 4.(<input type="checkbox"/>) Ensino Médio completo 5.(<input type="checkbox"/>) Ensino Superior cursando 6.(<input type="checkbox"/>) Ensino Superior completo 7.(<input type="checkbox"/>) Não estudou |
| Você é atendido por algum desses programas? 1.(<input type="checkbox"/>) Programa Academia da Saúde 2.(<input type="checkbox"/>) Programa Bolsa Família 3.(<input type="checkbox"/>) outros _____ |
| Você é portador de alguma doença crônica? 1.(<input type="checkbox"/>) sim 2.(<input type="checkbox"/>) não Qual? _____ Se sim, recebe tratamento para esta doença através da unidade básica? 1.(<input type="checkbox"/>) sim 2.(<input type="checkbox"/>) não |
| Você participa de algum desses grupos abaixo? 1.(<input type="checkbox"/>) Associação de moradores 2.(<input type="checkbox"/>) Grupo de educação em saúde na |

| | |
|--|--------------------------|
| USF | 3. () Conselho de saúde |
| 2.INFORMAÇÕES SOBRE OS SERVIÇOS DE SAÚDE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO SEUTERRITÓRIO | |
| Você possui Cartão Nacional de Saúde (cartão SUS)? | |
| 1.() sim | 2.() não |
| No seu bairro tem unidade básica de saúde? | |
| 1.() sim | 2.() não |
| Como você avalia as condições da estrutura física da sua unidade básica de saúde? | |
| 1.()Boas 2.() intermediárias 3.() ruins 4.() péssimas | |
| Você utiliza este serviço? | |
| 1.() sim | 2.() não |
| Se sim, com que frequência? | |
| 1.() até duas vezes por semana 2.() pelo menos uma vez ao mês | |
| 3.() raramente | |
| Quais destes profissionais estão presentes na sua unidade de saúde? | |
| 1.() médico 2.() enfermeiro 3.() assistente social | |
| 3.() auxiliar ou técnico de enfermagem 4.() psicólogo 5.() agente de saúde | |
| 6.() agente de endemias 7.() dentista | |
| O agente de saúde visita sua casa? | |
| 1.() sim | 2.() não |
| Você recebeu atendimento todas as vezes que você procurou a unidade básica de saúde? | |
| 1.() sim | 2.() não |
| Você consegue realizar agendamentos de consultas e exames com que facilidade? | |

1.(☐)grande facilidade 2.(☐)pouca facilidade 3.(☐) nenhuma facilidade
4.(☐) não consigo agendar

3.INFORMAÇÕES SOBRE O ATENDIMENTO NO HUSE

Em que situação você costuma procurar o HUSE?

1.(☐) toda vez que precisa de atendimento médico 2. (☐) quando não encontra atendimento em outros locais

3.(☐) em situações de maior gravidade

Antes de procurar o HUSE, você se dirigiu ao posto de saúde ou outra unidade de atendimento à saúde? 1.(☐) sim 2.(☐) não

Foi atendido? 1.(☐) sim 2.(☐) não

Qual a sua queixa hoje?

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a)

Sr.(a):

Convido a participar desta pesquisa da Universidade Federal de Sergipe – UFS intitulada “ATENÇÃO HOSPITALAR DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE E ATENÇÃO PRIMÁRIA: Um estudo no hospital de urgência de Sergipe – HUSE” que será desenvolvida por Natália Maria Sandres Cardoso e Mariana da Silva Cruz Manoel, alunas do curso de Serviço Social da Universidade Federal de Sergipe – UFS e será orientada pela professora da Universidade Federal de Sergipe, Dra. Maria Cecília Tavares Leite. A pesquisa tem por Identificar a conformação do modelo assistencial do setor Saúde em Aracaju a partir de estudo realizado com os usuários de um hospital de média e alta complexidade. O estudo será desenvolvido através da aplicação de questionários estruturados a partir de perguntas abertas e fechadas com os usuários atendidos no pronto socorro adulto do HUSE e tem como objetivos: * Caracterizar o perfil dos usuários atendidos na Urgência do HUSE; * Realizar estudo comparativo entre demanda atendida no setor de urgência do HUSE com a demanda institucionalmente preconizada. * Identificar como estão conformados os serviços da atenção primária em Aracaju. As respostas obtidas através dos questionários serão registradas por escrito em arquivo e ficarão sob posse das pesquisadoras até o término da pesquisa. Assegura-se que os entrevistados não serão identificados pessoalmente de nenhum modo. Destacamos que o estudo proposto contempla todos os requisitos éticos previstos na legislação atual e enfatizamos o nosso interesse em disponibilizar para você os dados gerados, bem como, os resultados finais do estudo. A pesquisa se faz relevante por permitir explorar um tema de grande importância e que não tem sido abordado em produções acadêmicas nos últimos anos, possibilitará a ampliação do conhecimento sobre a Relação entre a situação da Atenção Primária em Aracaju e os atendimentos no HUSE. Nós garantimos o sigilo absoluto da sua identidade, no entanto, solicitamos seu consentimento para que os dados obtidos nesta pesquisa sejam divulgados e apresentados em congressos ou publicados posteriormente. Em nenhum dos casos haverá a identificação dos participantes. Ressaltamos que não há riscos, prejuízos ou desconforto que possam ser provocados pela pesquisa. Esclarecemos que você é livre para interromper a sua participação a qualquer momento, sem justificar sua decisão. Seu nome não será divulgado, você não terá despesas e não receberá dinheiro por participar do estudo. Qualquer esclarecimento ou dúvida estará a sua disposição: Natália Maria Sandres Cardoso e Mariana da Silva Cruz Manoel, acadêmicas do curso de Serviço Social na Universidade Federal de Sergipe – tel.: (79) 99981-4123 e (79) 99641-1198; Maria Cecilia Tavares Leite, Professora do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Sergipe – tel.: (79) 2105-6778 (UFS) e (79) 99991-3706.

Após estes esclarecimentos, eu

_____, concordo em participar do estudo “ATENÇÃO HOSPITALAR DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE E ATENÇÃO PRIMÁRIA: Um estudo no

hospital de urgência de Sergipe – HUSE”, que será desenvolvido por Natália Maria Sandres Cardoso e Mariana da Silva Cruz Manoel, alunas do curso de Serviço Social da Universidade Federal de Sergipe – UFS e orientadas pela professora da Universidade Federal de Sergipe, Dr^a. Maria Cecília Tavares Leite. Fui devidamente informado e esclarecido sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve à qualquer penalidade. Declaro ainda consentir com a divulgação, apresentação e publicação dos dados que serão resultantes deste estudo, sem identificação nominal de nenhum participante.

Aracaju, ____ de _____ de 2016.

Assinatura do Participante:

RG:

Assinatura da pesquisadora:

Data:-----de ----- de -----